



Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie
Szpital Dziecięcy
Centralne Laboratorium Szpitala
Zakład Immunologii Klinicznej
Pracownia Typowania Tkankowego
30-663 Kraków, ul. Wielicka 265
tel. 12-658-20-11 wew. 1411,1406
kod NFZ 061/100203, REGON351375886-00033
kod res.:cz.1.000000018602.cz.V 03.cz. VII 059

ZLECENIE DO
PRACOWNI TYPOWANIA TKANKOWEGO
DLA BIORCY NARZĄDU UNACZYNIONEGO

Załącznik LZI-PTT-02-02/5
z dnia 18-01-2017 r.

Strona 1 z 1

DANE PACJENTA

Nazwisko / nr ID:		Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
Imię:		Data urodzenia:
PESEL* :		____/____/____

* W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL podać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Adres zamieszkania/ Oddział:	
Rozpoznanie/istotne dane kliniczne:	

ZLECANE BADANIE

Tryb badań: NORMALNY CITO

- Typowanie HLA klasy I i II (ABDR) - 1-4 ml krwi żyłnej pobranej na antykoagulant (EDTA,cytrynian)*
- oznaczenie PRA (CDC) -5 ml krwi żyłnej pobranej na skrzep*
- oznaczenie obecności przeciwciał anti-HLA (Luminex) -5 ml krwi żyłnej pobranej na skrzep*
- oznaczenie swoistości przeciwciał anti-HLA (Luminex) -5 ml krwi żyłnej pobranej na skrzep*
- inne:

*w przypadku niemowląt i małych dzieci 0,5-1ml krwi

Pieczęć jednostki zlecającej badanie	Adres/pieczęć miejsca przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku	Pieczęć i podpis lekarza zlecającego badanie
--------------------------------------	--	--

wypełnia osoba pobierająca materiał:

Rodzaj materiału: <input type="checkbox"/> krew żylna pobrana na antykoagulant (EDTA,cytrynian) <input type="checkbox"/> krew żylna pobrana na skrzep <input type="checkbox"/> inne:		
Data pobrania materiału	Godzina pobrania materiału	Czytelny podpis osoby pobierającej materiał

wypełnia osoba przyjmująca materiał do laboratorium:

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium	Czytelny podpis osoby odbierającej materiał	Uwagi	Numer pacjenta
--	---	-------	----------------