



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

<input type="checkbox"/> Poszukiwanie dawcy rodzinnego TYPOWANIE WSTĘPNE:	<input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> dalsza rodzina:
<input type="checkbox"/> biorca	<input type="checkbox"/> rodzeństwo
	imię i nazwisko biocy:
	PESEL :

<input type="checkbox"/> Poszukiwanie dawcy rodzinnego TYPOWANIE WERYFIKUJĄCE:	<input type="checkbox"/> dawca
<input type="checkbox"/> biorca	imię i nazwisko biocy:
	PESEL :

<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABDR)	<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABC, DR, DQ)
<input type="checkbox"/> HLA-B27 (molekularnie)	<input type="checkbox"/> HLA-Cw6 w diagnostyce łuszczycy
<input type="checkbox"/> HLA-DQ2, HLA-DQ8 w diagnostyce celiakii	<input type="checkbox"/> inne:

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 (1-4 ml, antykoagulant: EDTA, cytrynian)* <input type="checkbox"/> inne:		
Data pobrania materiału	Godzina pobrania materiału	Czytelny podpis osoby pobierającej materiał

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

wypełnia osoba przyjmująca materiał do laboratorium:

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