

 <p>Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie Szpital Dziecięcy PRACOWNIA TYPOWANIA TKANKOWEGO 30-663 Kraków, ul. Wielicka 265 tel. 12-333-95-11/12 658 20-11, wew. 4511, 1406 fax. 12 658-17-56 kod NFZ 061/100203, REGON 351375886-00033 kod res.: cz.1.000000018602, cz.V 01, cz. VII 059 Zakład Immunologii Klinicznej</p>	ZLECENIE DO PRACOWNI TYPOWANIA TKANKOWEGO NA BADANIE HLA	Załącznik LZI-PTT-02-02/4 z dnia 27-03-2023
	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

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

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

<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABDR) 3181	<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I (ABC) 3172
<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABCDRDQ) 3150	<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABCDRDQDP) 2922
<input type="checkbox"/> Typowanie HLA-C 3190	<input type="checkbox"/> Typowanie HLA-DQ 3164
<input type="checkbox"/> Typowanie HLA-DP 2920	<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABCDRDQDP) wysoka rozdzielczość (NGS) 2923
<input type="checkbox"/> HLA-B27 (molekularnie) 3199	<input type="checkbox"/> HLA-Cw6 w diagnostyce łuszczycy 3020
<input type="checkbox"/> HLA-DQ2, HLA-DQ8 w diagnostyce celiakii 3159	<input type="checkbox"/> HLA-A*02 wysoka rozdzielczość 2925
<input type="checkbox"/> inne:	

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

wypełnia osoba pobierająca materiał:

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

wypełnia osoba przyjmująca materiał do laboratorium:

<i>Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium</i> <input type="text"/>	<i>Czytelny podpis osoby odbierającej materiał</i> <input type="text"/>	<i>Uwagi</i> <input type="text"/>	<i>Numer pacjenta</i> <input type="text"/>
--------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------------