

 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	ZLECENIE DO PRACOWNI TYPOWANIA TKANKOWEGO NA DOBÓR DO PRZESZCZEPIENIA NARZĄDU UNACZYNIONEGO	Załącznik LZI-PTT-02-02/6 z dnia 27-03-2023
	Strona 1 z 1	

DANE DAWCY ZMARLEGO

Nazwisko / nr ID:		Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K											
Imię:		Data urodzenia: ____/____/____											
PESEL*:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>												
* W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL podać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.													
Adres zamieszkania/ Oddział:													
Rozpoznanie/istotne dane kliniczne:													
GRUPA KRWI:													
wyniki badań wirusologicznych:	HBs <input type="checkbox"/> ujemny <input type="checkbox"/> dodatni	anty-HCV <input type="checkbox"/> ujemny <input type="checkbox"/> dodatni											
	anty- HBc <input type="checkbox"/> ujemny <input type="checkbox"/> dodatni	inne:											

ZLECANE BADANIA

Tryb badań: NORMALNY <input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Próba krzyżowa metodą CDC (CDC-CM)	<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABCDRDQDP) dawcy
<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 pobrana na antykoagulant: cytrynian, EDTA (min.5ml)	<input type="checkbox"/> węzły chłonne	<input type="checkbox"/> fragment śledziony
<i>data pobrania materiału</i>	<i>godzina pobrania materiału</i>	<i>czytelny podpis osoby pobierającej materiał</i>	

UWAGI DO DOBORU: wypełnić jeśli dotyczy

dobór biorców według wieku	<input type="checkbox"/> wybrać biorców powyżej lat	<input type="checkbox"/> wybrać biorców poniżej lat
dobór biorców według wagi	<input type="checkbox"/> wybrać biorców powyżej kg	<input type="checkbox"/> wybrać biorców poniżej kg
inne:		

wypełnia osoba przyjmująca materiał do laboratorium:

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