



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 OD
DAWCY ŻYWEGO-biorca.

Załącznik LZI-PTT-02-02/8
z dnia 27-03-2023

Strona 1 z 1

| DANE BIORCY | |
|--|---|
| 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 BADANIA | Tryb badań: NORMALNY <input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/> | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> próba krzyżowa metodą CDC z pełną populacją limfocytów T i B oraz rozdzieloną populacją limfocytów B (CDC-CM) 3191 | <input type="checkbox"/> oznaczenie PRA (CDC) 3192 | |
| <input type="checkbox"/> próba krzyżowa metodą CDC z pełną populacją limfocytów T i B (CDC-CM) 2919 | <input type="checkbox"/> oznaczenie obecności przeciwciał anti-HLA (Luminex) 3080 | |
| <input type="checkbox"/> próba krzyżowa metodą cytometrii przepływowej (FCXM-CM) 3046 | <input type="checkbox"/> oznaczenie swoistości przeciwciał anti-HLA kl I (Luminex) 3081 | |
| <input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABDR) 3181 | <input type="checkbox"/> oznaczenie swoistości przeciwciał anti-HLA kl II (Luminex) 3087 | |
| <input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABCDRDQ) 3150 | <input type="checkbox"/> oznaczenie lityczności przeciwciał anti-HLA kl I (Luminex) 2904 | |
| <input type="checkbox"/> Typowanie HLA-C 3190 | <input type="checkbox"/> oznaczenie lityczności przeciwciał anti-HLA kl II (Luminex) 2905 | |
| <input type="checkbox"/> Typowanie HLA-DQ 3164 | | |
| <input type="checkbox"/> Typowanie HLA-DP 2920 | <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 skrzep (3-5ml) |
| <i>data pobrania materiału</i> <i>godzina pobrania materiału</i> <i>czytelny podpis osoby pobierającej materiał</i> |

| 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 (biorca)</i> |