	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.I.000000018602,cz.V 01,cz. VII 059 **Zakład Immunologii Klinicznej**	ZLECENIE DO PRACOWNI TYPOWANIA TKANKOWEGO **NA DOBÓR DO PRZESZCZEPIENIA NARZĄDU UNACZYNIONEGO OD DAWCY ŻYWEGO – dawca.**	**Załącznik LZI-PTT-02-02/7** **z dnia** 01-03-2023 Strona 1 z 1

DANE DAWCY			
Nazwisko / nr ID:			Płeć: ☐ M ☐ 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:			
Stopień pokrewieństwa z biorcą:			
Imię i nazwisko BIORCY:			
PESEL:			Data urodzenia: _____/_____/_____

ZLECANE BADANIA	Tryb badań: NORMALNY ☐ CITO ☐
☐ próba krzyżowa metodą CDC z pełną populacją limfocytów T i B oraz rozdzieloną populacją limfocytów B (CDC-CM) **3191**	☐ Typowanie HLA klasy I i II (ABDR) **3181**
☐ próba krzyżowa metodą CDC z pełną populacją limfocytów T i B (CDC-CM) **2919**	☐ Typowanie HLA-C **3190**
☐ próba krzyżowa metodą cytometrii przepływowej (FCXM-CM) **3046**	☐ Typowanie HLA-DQ **3164**
	☐ Typowanie HLA-DP **2920**
	☐ 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:

☐ krew żylna pobrana na antykoagulant: cytrynian, heparyna (15ml)

☐ krew żylna pobrana na antykoagulant: cytrynian, EDTA (3ml)

☐ krew żylna pobrana na skrzep (3-5ml)

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 (dawca)*