

 <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.I.000000018602,cz.V 01,cz. VII 059 Zakład Immunologii Klinicznej </p>	ZLECENIE DO PRACOWNI TYPOWANIA TKANKOWEGO DLA BIORCY NARZĄDU UNACZYNIONEGO	Załącznik LZI-PTT-02-02/5 z dnia 27-02-2024r
	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: <input type="checkbox"/> NORMALNY <input type="checkbox"/> CITO					
------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

rodzaj narządu: <input type="checkbox"/> nerka <input type="checkbox"/> trzustka <input type="checkbox"/> serce <input type="checkbox"/> płuco <input type="checkbox"/> jelito <input type="checkbox"/> inne:											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABDR) 3181						<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II POLTRANSPLANT 2927					
<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABCDRDQ) 3150						<input type="checkbox"/> oznaczenie PRA (CDC) POLTRANPLANT 3192P					
<input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I i II (ABCDRDQDP) 2922						<input type="checkbox"/> oznaczenie PRA (CDC) 3192					
<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"/> 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"/> oznaczenie swoistości przeciwciał anti-HLA kl II (Luminex) 3087					
<input type="checkbox"/> oznaczenie lityczności przeciwciał anti-HLA kl I (Luminex) 2904						<input type="checkbox"/> oznaczenie lityczności przeciwciał anti-HLA kl II (Luminex) 2905					
<input type="checkbox"/> inne:											

Pieczeń jednostki zlecającej badanie				Adres/pieczeń miejsca przesłania wyniku badania lub dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku				Pieczeń i podpis lekarza zlecającego badanie			
--------------------------------------	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

wypełnia osoba pobierająca materiał:											
Rodzaj materiału: <input type="checkbox"/> krew żylna pobrana na antykoagulant (EDTA,cytrynian) <input type="checkbox"/> krew żylna pobrana na skrzep <input type="checkbox"/> inne:											
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	