



Laboranforderung HLA-Diagnostik für SZT/KMT

- Spendersuche** verwandt unverwandt
Transplantation vor nach
 KM PBSZ

EMPFÄNGER

Name: *Aufkleber*
Vorname: Patient + Station
Geb. Datum:
Geschlecht: w m

Diagnose / Indikation

.....
.....

SPENDER

Name bzw. Spendernummer: *Aufkleber*
Patient + Station

Verwandtschaftsverhältnis

.....

Abnahmedatum:

Arzt:

HLA-Typisierung

Untersuchungsmaterial: 20 ml Citratblut / EDTA

Gewünschte Untersuchung

- Klasse I (A, B, C) Klasse II (DR, DQ) Erstbestimmung Retypisierung
 HLA-Vorbefund aus anderen Einrichtungen bekannt: ja (wenn ja, bitte Kopie einfügen) nein

Antikörper-Diagnostik

Untersuchungsmaterial: s. u.

Gewünschte Untersuchung

- HLA-Antikörpersuche 10 ml Nativblut
Crossmatch 10 ml Citratblut Spender + 10 ml Nativblut Empfänger
 Standard B-/T-Lymphozyten
 autologer Crossmatch 10 ml Citratblut Empfänger + 10 ml Nativblut Empfänger

Zur Information für Labor:

- Aktuelle Transfusion nein ja wann: Leukozahl:.....
Aktuelle Infektion/Entzündung nein ja
Immunsuppressiva nein ja seit wann: Blasten:

Fremdspenderverfügbarkeit prüfen:

- ja wenn ja, Unterschrift des Patienten erforderlich:
 nein