

## Laboranforderung HLA-Typisierung und HLA-Antikörper-Diagnostik Vorwarteliste, Aufnahme Warteliste, zur TX, nach TX

Deutsches Herzzentrum Berlin

vor HTx     nach HTx     vor LuTx     nach LuTx  
 Aufnahme auf Warteliste

### Patient

Name: *Aufkleber*  
Vorname: *Patient + Station*  
Geb. Datum:

ET-Nr.: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  w     m  
Frühere Tx:  Nein     Ja wann:

Spender- ET-Nr.:

Abnahmedatum:

Arztunterschrift : \_\_\_\_\_

Station:

Für Rückfragen bzw. Befundübermittlung Telefon:                      Fax:

### Angaben zur Klinik

Schwangerschaften:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Anzahl: _____
Infekt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Verdacht auf Rejektion	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Transfusion	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wann: _____ Anzahl: _____
Assist-Therapie:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit wann: _____ Welche: _____

### HLA-Typisierung

Untersuchungsmaterial: 10ml Citratblut

Standard molekulargenetisch HLA-A\*, -B\*, -DRB1\*, -DQB1\*  
(gem. GOÄ: 1x3920 + 4x4008)

### HLA-Antikörper

Untersuchungsmaterial: 10ml Nativblut + bei Crossmatch

CITO     HLA-Isoantikörpernachweis  
(gem. GOÄ 2x4010)

CITO     Spezifizierung HLA-Isoantikörper LCT u./o. Luminex n. Schema  
(gem. GOÄ: max. 8x4011)

Spezifizierung Non-HLA-Isoantikörper  
(gem. GOÄ: 2x4011)

Crossmatch 10 ml Citratblut o. Milzgewebe vom Spender + 10 ml Nativblut Empfänger  
(gem. GOÄ: 6x4012 + 3x4003)

Befundbericht (Beurteilung zum immunologischen Risiko und Crossmatch-Empfehlung)  
(gem. GOÄ: 1x75)

Versand von Crossmatchserum in die ET-Labore  
(nach positivem Ak-Nachweis im LCT/B-LCT (..... €)