****

**SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w SZCZECINIE**

**Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej SPSK-2**

**al. Powstańców Wielkopolskich 72**

**70-111 Szczecin**

**Pracownia HLA tel./ faks: 91 466 12 60**

**e-mail: immunolab@spsk2-szczecin.pl**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ośrodek zlecający (adres, telefon/ faks): |  | Lekarz zlecający:Data: | Osoba pobierająca materiał:Data |
|  |
| **DANE PACJENTA (CHOREGO):** |
| **NAZWISKO:** | **IMIĘ:** **PŁEĆ: K** ⁬ **M** ⁬ |
| **ADRES** .............………………………………..…… **-**⁬⁬⁬(miejscowość) (kod)……………………………………….………….…… …………………..…… (ulica, numer domu) (nr telefonu)  | **PESEL/ DATA URODZENIA** ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟ |
| **ROZPOZNANIE:****ICD-10:** | **Kod resortowy: część VII -………**. **część VIII-……....** |
| **Istotne dane kliniczne (zwłaszcza niepełny chimeryzm poprzeszczepienny, podejrzenie złożonego ciężkiego niedoboru odporności, potencjalny chimeryzm matczyno-płodowy), obecnie stosowane leki:**  |

|  |
| --- |
| **Rodzaj materiału do badania:** |
| **Data i godzina pobrania materiału do badania:** |
|  **PRACOWNIA HLA** - rodzaj badania |
| * **HLA – A, B, C (klasy I) -** metoda PCR-SSP
* **HLA – A (klasa I) -** metoda PCR-SSP
* **HLA – B (klasa I) -** metoda PCR-SSP
* **HLA – C (klasa I) -** metoda PCR-SSP
* **HLA - DR (klasa II) -**  metoda PCR-SSP
* **HLA – DQ2/DQ8 -** metoda PCR-SSP
* **HLA – B27 -** metoda PCR-SSP
* **HLA – A, B, C, DRB1 , DRB3, DRB4, DRB5, DQA1, DQBI, DPA1, DPB2 – metodą Real Time PCR**
* **alloprzeciwciała limfotoksyczne (PRA) -** metoda serologiczna, CDC
* **anty-HLA kl. I i II –** metoda Luminex
* **anty–HLA single antygen class I –** metoda Luminex
* **anty–HLA single antygen class II –** metoda Luminex
* **lityczne anty-HLA kl. I i II –** metoda Luminex
* **lityczne anty–HLA single antygen class I –** metoda Luminex
* **lityczne anty–HLA single antygen class II –** metoda Luminex
* **próba krzyżowa z DTT i bez DTT (cross-match) -** metoda serologiczna, CDC
* **inne** …………………………………………………………………………………………

**WAŻNE! Prosimy o dołączenie wyników typowania chorego i członków rodziny** (jeśli były wykonane w innym ośrodku) |
| **Data i godzina przyjęcia materiału do pracowni:** |
| **Dane osoby przyjmującej materiał do badania:***tu naklej**kod kreskowy* |
| **Nr zlecenia:** **Uwagi:** |