****

**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 CZŁONKA RODZINY CHOREGO PACJENTA:** | | | | |
| **NAZWISKO:** | | **IMIĘ:**  **PŁEĆ: K** ⁬ **M** ⁬ | | |
| **ADRES** .............………………………………..…… **-**⁬⁬⁬  (miejscowość) (kod)  ……….…………..…………………………….…… ….…………………………  (ulica, numer domu) (nr telefonu) | | **PESEL/ DATA URODZENIA**  ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟ | | |
| WAŻNE - prosimy o uzupełnienie poniżej rubryki!  **Nazwisko i imię chorego pacjenta:**  **PESEL:** | | | | |

|  |
| --- |
| **Rodzaj materiału do badania:** |
| **Data i godzina pobrania materiału do badania:** |
| **PRACOWNIA HLA** - rodzaj badania |
| * **HLA – A, B, C (klasa I) -** metoda PCR-SSP * **HLA - DRB (klasa II) -** metoda PCR-SSP * **inne** …………………………………………………………………………………………   **WAŻNE! Prosimy o dołączenie wyników typowania chorego** (jeśli były wykonane w innym ośrodku) |
| **Data i godzina przyjęcia materiału do pracowni:** |
| **Dane osoby przyjmującej materiał do badania:** |
| **Nr zlecenia:**  *tu naklej*  *kod kreskowy*  **Uwagi:** |