****

**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:** |