

SÄNDNINGSUPPGIFTER

Remitterande sjukhus och avdelning	Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens
Adress	Svarsadress om annan än uppdragsgivarens
Provet ankommer/transportsätt	Kontaktperson och telefonnummer
Områdsökande undersökning överenskomms separat, tel. 029 300 1796	

UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTA

Efternamn	Personbeteckning	Diagnos	
Förnamn	Provtagningsdatum	Kundens provnummer	Blodgrupp

BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR

SPRV HLA 1 undersökning

5304 B –HLA 1 undersökningspaket för njurtransplantationspatient

5355 B –HLA 1 undersökningspaket för donatorkandidat till njurtransplantationspatient

5361 B –HLA undersökningspaket för levertransplantationspatient

5364 B –HLA undersökningspaket för hjärt/lunfransplantationspatient

5363 B –HLA undersökningspaket för tarmtransplantationspatient

5360 B –HLA undersökningspaket för bukspottkörteltransplantationspatient

Undersökningspaketen innehåller följande undersökningar:

3678 B -HLA-A, DNA-undersökning (KL 4539)

3677 B -HLA-B, DNA-undersökning (KL 4540)

3644 B -HLA-DRB, DNA-undersökning (KL 1866)

3450 B -ABO- och Rh-blodgruppsbestämning (KL 2951)

I samband med HLA 1 undersökning för organtransplantationspatient undersöks också leukocytantikroppar (SPRV 5366). Prov 10 ml serumrör eller 2 ml serum. Fyll i remissen Leukocytantikroppar

SPRV HLA 2 undersökning

5305 B –HLA 2 undersökningspaket för njurtransplantationspatient

5358 B –HLA 2 undersökningspaket för donatorkandidat till njurtransplantationspatient

Undersökningspaketen innehåller följande undersökningar:

3677 B -HLA-B, DNA-undersökning (KL 4540)

3450 B -ABO- och Rh-blodgruppsbestämning (KL 2951)

HLA undersökning av hjärndöd organdonator

Prov:

70 ml citratblod

2 x 10 ml serumrör

3 x 9 ml blod i EDTA-rör, separerat plasmaprov

BAKGRUNDSINFORMATION

Den undersökta är

patient som väntar på organtransplantation

donatorkandidat till patient

syster bror mor far

annat, vad _____

Patientens namn _____

Patientens personbeteckning _____

Ytterligare information _____

Prov:

HLA 1: 2 x 7 ml EDTA blod

HLA 2: 2 x 7 ml EDTA blod

Patienten har godkänt överföring av nödvändiga data till hjärt/lungtransplantationscentrumen i Finland

IFYLLS AV BLODTJÄNST

Provet anlänt till Blodtjänst	datum	kl.	namn-teckning	Ytterligare uppgifter
Svar faxat	datum	kl.	namn-teckning	
Svar per telefon	datum	kl.	namn-teckning	

SÄNDNINGSANVISNINGAR:

Adress: Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Mottagning av prover, Stenhagsvägen 7, 00310 Helsingfors
 Remiss, provtagnings- och sändningsanvisningar samt undersökningsbeskrivningar: www.blodtjanst.fi > För hälsovårdsexperter

Förfrågningar om undersökningarna kan göras tel. 029 300 1796, må–fre 9–15, fax 09 454 6253