

SÄNDNINGSUPPGIFTER

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

UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTA

Efternamn	Personbeteckning	Diagnos	
Förnamn	Provtagningsdatum	Kundens provnummer	Blodgrupp

BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR

- SPRV **Leukocytantikroppar**
- 5366 S -Leukocytantikroppar, patient som väntar på organtransplantation**
 Undersökningspaketet innehåller följande undersökningar:
 5348 S -Leukocytantikroppar, IgG, screening (KL 4272)
 3601 S -Leukocytantikroppar, panelreaktiva, IgG (KL 6230)
 5311 S -Leukocytantikroppar, klass I, IgG, identifiering (KL 6231)
 5312 S -Leukocytantikroppar, klass II, IgG, identifiering (KL 6232)
- Provet kommer att förvaras för förenlighetsprov.
- 5368 S -Leukocytantikroppar, uppföljning av fungerande transplantat**
 Provet kommer att förvaras för förenlighetsprov
 Undersökningspaketet innehåller följande undersökningar:
 5348 S -Leukocytantikroppar, IgG, screening (KL 4272)
 3601 S -Leukocytantikroppar, panelreaktiva, IgG (KL 6230)
 5311 S -Leukocytantikroppar, klass I, IgG, identifiering (KL 6231)
 5312 S -Leukocytantikroppar, klass II, IgG, identifiering (KL 6232)
 5340 S -HLA-Donatorspecifika antikroppar
- 5310 0-prov för nedfrysning
 5368 0-prov för nedfrysning och för leukocytantikroppundersökning (SPRV 5368)

Undersökningspaketet rapporteras och faktureras som separata undersökningar.

BAKGRUNDSINFORMATION
Den undersökta är

- patient som fått organtransplantation, när _____
- periodisk kontroll
 misstänkt rejektion
- Annat, vad _____

Immuniserande händelser

- patienten har fått blodtransfusioner, senast _____
- patienten har inte fått blodtransfusioner
- patienten har varit gravid

- Patienten har fått läkemedelsbehandling som påverkar tolkningen av undersökningen** (rituximab, OKT3 eller motsvarande)

vad _____

när _____

Ytterligare information

Prov: 10 ml serumrör eller 2 ml serum

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