|  |
| --- |
| **ZLECENIE NA BADANIE PRZECIWCIAŁ ANTY-HLA****DO PRACOWNI BADAŃ KONSULTACYJNYCH RCKiK w ŁODZI** |
| data i godzina wystawienia zlecenia | Dane jednostki kierującej i adres przesłania wyniku badania | Tryb wykonania badania\* |
| ………………………godz. ……………… |   |  RUTYNOWY PILNY |
| **D a n e p a c j e n t a** |
| Nazwisko i imię: (drukowanymi literami) ……………………..………………........................................................ | Płeć\*: kobieta mężczyzna | Pacjent NN – nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID)……………………………… |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nr PESEL w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość……………………………………… | Data urodzenia

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Rodzaj badania\*** |  Wykrywanie przeciwciał limfocytotoksycznych (test LCT)  Próba krzyżowa w teście LCT (dobieranie KKP dla biorcy z przeciwciałami anty-HLA) |
|  |
| **Rozpoznanie jednostki chorobowej:** |  |
| **Grupa krwi** |  |
| Wynik poprzednich badań HLA: |  |
| Rodzaj materiału do badań\*: krew żylna na skrzep  krew żylna na EDTA  | data i godzina pobrania próbki krwi:godz. ……………….. | oznaczenie\*\* i podpis osoby pobierającej: | oznaczenie\*\* i podpis lekarza zlecającego badanie: |
| **Wypełnia pracownik PK** |
| *data i godzina przyjęcia próbki do badania* *(w PK)* | *czytelny podpis osoby przyjmującej próbki* | *Numer badania* |
|  |  |  |