|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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* |
|  | |  | | | |  |