

ZLECENIE NA BADANIE PRZECIWCIAŁ ANTY-HLA DO PRACOWNI HLA RCKiK w ŁODZI

data i godzina wystawienia zlecenia	Dane jednostki kierującej i adres przestania wyniku badania	Tryb wykonania badania*
..... godz.		<input type="checkbox"/> RUTYNOWY <input type="checkbox"/> PILNY

Dane pacjenta

Nazwisko i imię: (drukowanymi literami)	Płeć*: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Pacjent NN – nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID)																																						
Nr PESEL <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.....																				Data urodzenia <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																				

Rodzaj badania*	<input type="checkbox"/> Wykrywanie przeciwciał limfocytotoksycznych (test LCT) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> krew żylna na EDTA <input type="checkbox"/>	data i godzina pobrania próbki krwi: godz.	oznaczenie** i podpis osoby pobierającej:	oznaczenie** i podpis lekarza zlecającego badanie:
---	--	---	--

Wypełnia pracownik RCKiK

data i godzina przyjęcia próbki do badania (w RCKiK)	czytelny podpis osoby przyjmującej próbkę	Numer badania

* właściwe zaznaczyć x

** oznaczenie osoby pobierającej próbkę – zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy,

a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska – czytelny podpis zawierający imię i nazwisko

legenda: K-kobieta, M-mężczyzn

załącznik 2 w. 1 z dnia 16.05.2022 r. do SOP 02/189