

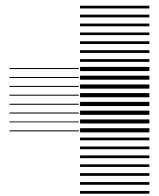
# Labor für Immungenetik

Akkreditiert durch die  
European Federation for Immunogenetics

Prof. Dr. med. B. Spriewald

**Postadresse: Krankenhausstr. 12  
91054 Erlangen  
Tel: 09131 85-33092  
Fax: 09131 85-33399**

## Universitätsklinikum Erlangen



**Medizinische Klinik 3 – Rheumatologie und Immunologie**

Direktor: Prof. Dr. med. G. Schett

**Medizinische Klinik 5 – Hämatologie und internistische Onkologie**

Direktor: Prof. Dr. med. A. Mackensen

Patientendaten:

**Name:**

**Vorname:**

**Geb.-Datum**

**Fall-Nr.:**

Auftraggeber / Einsender / Stempel:

Faxnummer:

Abrechnung: Patient ist derzeit (**zutreffendes bitte ankreuzen**)

stationär

ambulant

extern

allgemein

privat

Selbstzahler

## Untersuchungsauftrag zur HLA-Diagnostik bei solider Organtransplantation

**Organ:**

Niere

Pankreas

Herz

Leber

KPL

Anforderungsstatus:

Notfall (tel. Ankündigung erforderlich, Faxnummer für Befundmitteilung angeben)

**Kategorie:**

Neuanmeldung

Wiederanmeldung

Lebendspendevorbereitung, dann Spenderdaten mit angeben  
(Pro Spender ein Anforderungsschein)

**Spenderangaben**

*Potentieller Spender*

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Verwandtschaftsverhältnis:**

**Gewünschte Untersuchung:**

**HLA-Typisierung**

*(molekularbiologisch, niedrigauflösend; Untersuchungsmaterial 5 ml EDTA- oder Citratblut)*

**Empfänger**

HLA-A, -B, -C, -DR, -DQ

HLA-DP

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**HLA-Typisierung**

*(molekularbiologisch, niedrigauflösend; Untersuchungsmaterial 5 ml EDTA- oder Citratblut)*

**Spender**

HLA-A, -B, -C, -DR, -DQ

HLA-DP

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

**Kreuzprobe**

**postmortal, außerhalb DSO-Auftrag; Donor-/ET-Nr:** \_\_\_\_\_

(Empfängerserum von: \_\_\_\_\_ Zellmaterial: \_\_\_\_\_)

**Lebendspende**

**serologisch; gemischtes Crossmatch (PBL)**

(=> nicht-immunisierter Empfänger)

10 ml antikoaguliertes Vollblut (z. B. Heparin, CPDA-Blut) des Spenders, 5 ml Empfängerserum

**serologisch; getrenntes Crossmatch (PBL/B-Zellen)**

(=> immunisierter Empfänger)

30 ml antikoaguliertes Vollblut des Spenders (z. B. Heparin, CPDA-Blut), 5 ml Empfängerserum

**Bead-array Crossmatch (Luminex-Crossmatch, nur nach tel. Rücksprache)**

30 ml antikoaguliertes Vollblut des Spenders (z. B. Heparin, CPDA-Blut), 5 ml Empfängerserum

(Anmerkung: Bei Anforderung einer **serologischen Kreuzprobe** ist eine **HLA-Antikörperdiagnostik** obligat.  
Für **HLA-Antikörperdiagnostik** gesonderten Anforderungsschein verwenden)

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ Anfordernder Arzt: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Das Probenmaterial ist eindeutig mit Name, Vorname, Geburtsdatum und Probenentnahmedatum zu beschriften.  
Falsches, sowie nicht oder uneindeutig beschriftetes Material kann nicht bearbeitet werden.

Die Anforderungsscheine finden Sie auch unter <http://www.medizin3.uk-erlangen.de/immungenetik>