

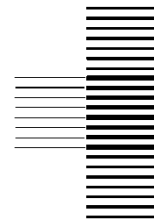
Labor für Immungenetik

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

Untersuchungsmaterial von:

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 Stammzelltransplantation

Diagnose/Fragestellung:

Notfall (telefonische Ankündigung erforderlich; bitte Faxnummer für Befundmitteilung angeben!)

Leukozytenzahl > 1.500/ μ l (Hinweis: Bei Leukozytenzahl < 1.500/ μ l bitte telefonische Rücksprache!)

Indikation: allogene SCT autologe SCT Transfusion

Status: Ersttypisierung Bestätigungstypisierung

Einleitung Fremdspendersuche

Familientypisierung/Kompatibilitätstestung (Pro Familienmitglied einen Anforderungsschein ausfüllen)

Bei fehlender Kompatibilität umgehend hochauflösende Typisierung für Fremdspendersuche anschließen

Blutprobe stammt von: Inpatient (Empfänger) Potenziellem Spender, für Empfänger: _____
Verwandtschaftsverhältnis:
Anzahl zu typisierender Familienmitglieder:

Gewünschte Untersuchung:

HLA-Typisierung: (Untersuchungsmaterial 5 ml EDTA- oder Citratblut)

HLA-Klasse I **niedrigauflösend**
(HLA-A, -B, -C)

hochauflösend
einschließlich Einsendung von frischem Blut zur serologischen HLA-Klasse I
Typisierung (Ausschluss Nullallele)

HLA-Klasse II **niedrigauflösend**
(HLA-DRB1, -DQB1)

hochauflösend

Antikörperdiagnostik (Untersuchungsmaterial 5 ml Serum) / **Kreuzprobe** (zusätzlich 10 ml antikoaguliertes Vollblut des Spenders)

Screening vor SCT:

HLA-Antikörper Suchtest (falls Suchtest positiv wird Spezifizierung angeschlossen)

Serologische Kreuzprobe (CDC) einschl. Bestimmung Lymphocytotoxischer Antikörper (LCT/CDC)

Kreuzprobe Bead array (nur nach Rücksprache)

Thrombozytenrefraktär:

Single-Antigen bead-array Klasse I

Notfall: ja nein

Chimärismusanalyse:

Erstanalyse vor SCT (Genotypisierung für informative Allele)

Folgeanalyse nach SCT **Material:** Knochenmark peripheres Blut

Datum der SCT: _____ **Besonderheiten:** _____

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.medicin3.uk-erlangen.de/immungenetik>

Laborinterne Dokumentation:

Materialeingang:

EDV-ID:

Befundausgang: