## Labor für Immungenetik

Akkreditiert durch die European Federation for Immunogenetics Prof. Dr. med. Bernd Spriewald Stellv. Leitung: Dr. rer. nat. Markus Luber Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen

Laborgebäude, 4. OG

Tel: 09131 85-33092, Fax: 09131 85-33399

Laborinterne Dokumentation:

Materialeingang:

## Universitätsklinikum Erlangen

Direktor: Prof. Dr. med. G. Schett

Direktor: Prof. Dr. med. A. Mackensen

## Medizinische Klinik 3 - Rheumatologie und Immunologie Medizinische Klinik 5 – Hämatologie und internistische Onkologie

21.09.2023

001

Freigabedatum:

Versionsnummer

## Anforderung für immungenetische Untersuchung: **HLA-Diagnostik** bei Stammzelltransplantation

Indexpatient	Auftraggeber / Einsender / Stempel
Name, Vorname	
Geburtsdatum Geschlecht □ m □ w	
Anschrift	
wenn möglich Etikett verwenden	Anfordernder Arzt Unterschrift
Weilli Hogilett Ltikett vei Weildelf	Kostenträger (unbedingt angeben)
	☐ GKV (gesetzl. versichert) ☐ PKV (privat versichert)
Weitere Angaben	→ bitte zus. angeben □ ambulant □ stationär
Diagnose	☐ Extern ☐ Selbstzahler
☐ allogene SCT ☐ autologe SCT ☐ Transfusion	☐ Notfall* (nur nach tel. Ankündigung, Faxnummer angeben)
Untersuchungsmaterial	
☐ Vollblut ☐ Knochenmark	Abnahme
□ EDTA □ Citrat □ CPDA	Datum Uhrzeit
Leukozytenzahl < 1.500/μl (tel. Rücksprache erforderlich!)	Abnahme
□ Nativblut/Serum □ Sonstiges	
	Datum Uhrzeit
HLA-Typisierung	Annahan anna (natantiallan) Carandan
Standardtypisierung (HLA-A, -B, -C, -DR, -DQ, -DP)	Angaben zum (potentiellen) Spender
→ bitte immer zusätzlich angeben (ein Kreuz pro Zeile)	Name, Vorname
☐ Patient / Empfänger ☐ Spender —————	Geburtsdatum Geschlecht 🗆 m 🗆 w
☐ Familientypisierung ☐ Fremdspendersuche	
Anzahl potentieller Spender:  hochauflösende Typisierung (nicht als Notfall anforderbar)	wenn möglich Etikett verwenden
☐ Ersttypisierung ☐ Bestätigungstypisierung	
☐ Ausschluss Nullallele (serologische Typisierung Klasse I)	Verw.verhältnis
HLA-Antikörperdiagnostik	Kreuzprobe
☐ HLA-Antikörpersuchtest	☐ Serolog. Kreuzprobe (bitte Angaben zum Spender ergänzen)
(falls positiv wird anschließend eine Spezifizierung durchgeführt)	☐ T-Zellen ☐ B-Zellen
☐ Thrombozytenrefraktär (ggf. als Notfall anfordern!)	Probe zur Lagerung für nachfolgende(n)**
sonstiges:	☐ Typisierung ☐ Versand
	ntige Hinweise:
Makananahanan	e begleitende Anforderungshinweise / Checkliste beachten.
Mol HI A-Typiciarung 2.5 ml	ortige Bearbeitung und Befundübermittlung bis zum nächsten
Nullallele 20 ml - We	rktag nur bei rechtzeitigem Eingang des Probenmaterials möglich:
Antikorperdiagnostik - 5 ml	• Mo - Do: 11:00 Uhr
<sup>1</sup> antikoaguliert (EDTA, Citrat, CPDA), Leukozytenzahl > 1.500/ul	• Fr: 10:00 Uhr
<sup>2</sup> Serummonovette ***Pr	oben zur Lagerung werden nach 6 Monaten ohne weiteren Auftrag
<sup>3</sup> Blut des (potentiellen) Spenders Verw	vorfen. Kenn-Nr: 22170

Auftragsetikett/MA-Kürzel: