

Dane jednostki zlecającej badania /miejsce przesłania wyników

**Pracownia Immunologii Leukocytów i Płytek Krwi**  
Zakład Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej  
Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie  
ul. Chocimska 5, 00-791 Warszawa  
tel. 22 34 96 664/675/947/688 fax 22 34 96 615

### Zlecenie na badanie przeciwciał anti-HLA

<b>Zlecone badania:</b>	<b>Tryb badań:</b> <input type="checkbox"/> normalny <input type="checkbox"/> CITO
<input type="checkbox"/> 1. Wykrywanie przeciwciał anti-HLA klasy I i/lub klasy II w teście immunofluorescencyjnym – screening (LABScreen Mixed, Luminex)	
<input type="checkbox"/> 2. Wykrywanie i identyfikacja swoistości przeciwciał anti-HLA kl. I (test LABScreen Single Antigen HLA class I, Luminex)	
<input type="checkbox"/> 3. Wykrywanie i identyfikacja swoistości przeciwciał anti-HLA kl. II (test LABScreen Single Antigen HLA class II, Luminex)	
<input type="checkbox"/> 4. Próba krzyżowa metodą serologiczną (CDC-CM)	
<input type="checkbox"/> 5. Inne.....	

<b>Dane DAWCY:</b>		
<b>Imię:</b>	<b>Nazwisko/nr ID:</b>	<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
<b>Adres zamieszkania/oddział szpitalny:</b>		
<b>PESEL*:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Data urodzenia :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<small>* przy braku numeru PESEL nr dowodu potwierdzającego tożsamość</small>		
<b>Istotne dane kliniczne:</b>		
<b>Typ/pochodzenie materiału DAWCY:</b>		
<input type="checkbox"/> krew na skrzep (5 ml) <input type="checkbox"/> surowica (2 ml)		
<b>Data (dzień-miesiąc-rok) i godzina (gg:mm) pobrania materiału * :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Data (dzień-miesiąc-rok) i godzina (gg:mm) przyjęcia materiału do Pracowni:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

<b>Dane BIORCY:</b>		
<b>Imię:</b>	<b>Nazwisko/nr ID:</b>	<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
<b>Adres zamieszkania/oddział szpitalny:</b>		
<b>PESEL*:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Data urodzenia:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<small>* przy braku numeru PESEL nr dowodu potwierdzającego tożsamość</small>		
<b>Istotne dane kliniczne:</b>		
<b>Typ/pochodzenie materiału BIORCY:</b>		
<input type="checkbox"/> krew na skrzep (5 ml) <input type="checkbox"/> surowica (2 ml)		
<b>Data (dzień-miesiąc-rok) i godzina (gg:mm) pobrania materiału * :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Data (dzień-miesiąc-rok) i godzina (gg:mm) przyjęcia materiału do Pracowni:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

.....  
Podpis i pieczęć lekarza kierującego

.....  
Podpis i pieczęć głównego księgowego

.....  
Podpis i pieczęć dyrektora

Potwierdzam zapoznanie się z zasadami pobierania i transportu materiału biologicznego.  
Zasady dostępne na stronie internetowej Pracowni Immunologii Leukocytów i Płytek Krwi [www.ihit.waw.pl](http://www.ihit.waw.pl)

Imię, nazwisko i czytelny podpis osoby pobierającej materiał:.....