

SÄNDNINGSUPPGIFTER

Remitterande sjukhus och avdelning	Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens
Adress	Svarsadress om annan än uppdragsgivarens
Provet ankommer/transportsett	Kontaktperson och telefonnummer
Områdsökande undersökning överenskomms separat, tel. 029 300 1796	

UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTA

Efternamn	Personbeteckning	Diagnos och sjukdomens stadium	
Förnamn	Provtagningsdatum	Kundens provnummer	Blodgrupp

BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR

SPRV <input type="checkbox"/> 5306 B -Patientens HLA 1 undersökningspaket, stamcellstransplantation <input type="checkbox"/> 5356 B -HLA 1 undersökningspaket för donator som är släkt, stamcellstransplantation Undersökningspaketen innehåller följande undersökningar: 3678 B -HLA-A, DNA-undersökning (KL 4539) 3677 B -HLA-B, DNA-undersökning (KL 4540) 3644 B -HLA-DRB, DNA-undersökning (KL 1866) 3450 B -ABO- och Rh-blodgruppsbestämning (KL 2951)
SPRV <input type="checkbox"/> 5308 B -HLA 2 undersökningspaket för patient, stamcellstransplantation <input type="checkbox"/> 5370 B -HLA 2 undersökningspaket för familjedonator, stamcellstransplantation Undersökningspaketen innehåller följande undersökningar: 3697 B -HLA-A, DNA-undersökning, preciserad (KL 4739) 3698 B -HLA-B, DNA-undersökning, preciserad (KL 4738) 3700 B -HLA-C, DNA-undersökning, preciserad (KL 4737) 3605 B -HLA-DRB, DNA-undersökning, preciserad (KL 4542) 3646 B -HLA-DQB, DNA-undersökning, preciserad (KL 4537) 3648 B -HLA-DPB, DNA-undersökning, preciserad (KL 4538) 3602 S -Cytomegalovirus (CMV), IgG antikroppar (KL 4168) 3450 B -ABO- och Rh-blodgruppsbestämning (KL 2951)
<input type="checkbox"/> 5369 S -Leukocytantikroppar, stamcellstransplantation med HLA mismatch Undersökningspaketet innehåller följande undersökningar: 3601 S -Leukocytantikroppar, panelreaktiva, IgG (KL 6230) 5311 S -Leukocytantikroppar, klass I, IgG, identifiering (KL 6231) 5312 S -Leukocytantikroppar, klass II, IgG, identifiering (KL 6232) 5340 S -HLA-Donatorspecifika antikroppar
SPRV <input type="checkbox"/> 5357 B -HLA 2 prov av patient för nedfrysning för senare undersökningsbehov <input type="checkbox"/> 5406 B -HLA 2 prov av familjedonator för nedfrysning Undersökningspaketet innehåller följande undersökningar: 5345 Nedfrysning av prov 3602 S -Cytomegalovirus (CMV), IgG antikroppar (KL 4168) 3450 B -ABO- och Rh-blodgruppsbestämning (KL 2951)
<input type="checkbox"/> 5353 B -KIR, DNA-undersökning (underleverantörsundersökning)

BAKGRUNDSINFORMATION

Den undersökta är

patient som väntar på stamcellstransplantation

donator kandidat till patienten

system bror mor far

annat, vad _____

Patientens namn _____

Patientens personbeteckning _____

Antal syskon till patienten som ska undersökas _____

Ytterligare information (t.ex. haploidisk transplantation). _____

Prov:
 HLA 1: 3 x 7 ml EDTA blod
 HLA 2: 3 x 7 ml EDTA blod och
 10 ml serumrör eller 2 ml serum
 KIR: 1 x 7 ml EDTA blod
 Leukocytantikroppar: 10 ml serumrör eller 2 ml serum

Provet har tidigare skickats till Blodtjänst

Patienten har godkänt överföring av nödvändiga data till transplantationscentrumen i Finland

IFYLLS AV BLODTJÄNST

Provet anlänt till Blodtjänst	datum	kl.	namnteckning	Ytterligare uppgifter
Svar faxat	datum	kl.	namnteckning	
Svar per telefon	datum	kl.	namnteckning	

SÄNDNINGSANVISNINGAR:

Adress: Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Mottagning av prover, Stenhagsvägen 7, 00310 Helsingfors
 Remiss, provtagnings- och sändningsanvisningar samt undersökningsbeskrivningar: www.blodtjanst.fi > För hälsovårdsexperter

Förfrågningar om undersökningarna kan göras tel. 029 300 1796, må-fre 9-15, fax 09 454 6253