

## SKIEROWANIE NA BADANIE UKŁADU ZGODNOŚCI TKANKOWEJ

do PRACOWNI IMMUNOGENETYKI UKŁADU HLA

RCKiK W KATOWICACH

40-074 KATOWICE

ul. RACIBORSKA 15

OŚRODEK ZLECAJĄCY (PIECZĄTKA, adres, telefon/fax):	LEKARZ ZLECAJĄCY BADANIE (PIECZĄTKA I PODPIS):
	DATA ZLECENIA BADANIA:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy I (ABC)     | <input type="checkbox"/> Test cytotoksyczny (próba krzyżowa) |
| <input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy II (DR, DQ) | <input type="checkbox"/> Oznaczenie PRA                      |
| <input type="checkbox"/> Typowanie HLA klasy II (DR)     | <input type="checkbox"/> Oznaczenie HLA B27 (serologicznie)  |
| <input type="checkbox"/> HLA DQ2, HLA DQ8                | <input type="checkbox"/> inne .....                          |

<b>NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:</b>			
ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ)			
GRUPA KRWI:	DATA URODZENIA:	PŁEĆ: K M	
ROZPOZNANIE (ICD-10):	PESEL:		
BADANIE: <input type="checkbox"/> TYPOWANIE HLA WSTĘPNE	<input type="checkbox"/> TYPOWANIE HLA POTWIERDZAJĄCE		
RODZAJ POBRANEGO MATERIAŁU :	TRYB BADANIA:	NORMALNY <input type="checkbox"/>	CITO <input type="checkbox"/>
DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU:	DATA I GODZINA PRZYJĘCIA MATERIAŁU DO PRACOWNI:		
DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ (CZYTELNY PODPIS):	DANE OSOBY ODBIERAJĄCEJ MATERIAŁ (CZYTELNY PODPIS):		

<b>RODZINA CHOREGO:</b>			
LP	NAZWISKO I IMIĘ	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	PESEL
1			
2			
3			
4			
5			

RODZAJ POBRANEGO MATERIAŁU :			
DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU:	DATA I GODZINA PRZYJĘCIA MATERIAŁU DO PRACOWNI:		
DANE OSOBY POBIERAJĄCEJ MATERIAŁ (CZYTELNY PODPIS):	DANE OSOBY ODBIERAJĄCEJ MATERIAŁ (CZYTELNY PODPIS):		

UWAGI: .....
MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKU: <input type="checkbox"/> OŚRODEK ZLECAJĄCY <input type="checkbox"/> INNE .....

**WAŻNE:** Prosimy o dołączenie Oświadczeń „o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej” od każdej osoby ujętej na skierowaniu