

LÄHETYSTIEDOT

Lähettävä sairaala ja osasto	Eriävä laskutusosoite
Osoite	Eriävä vastausosoite
Näyte saapuu/kuljetustapa	Yhteyshenkilö ja puhelinnumero

TUTKITTAVAN TIEDOT

Sukunimi	Henkilötunnus	Diagnoosi ja sairauden vaihe	
Etunimi	Näytteenotto pvm	Asiakkaan näytenumero	Veriryhmä

PYYDETYT TUTKIMUKSET	
<input type="checkbox"/> SPRV 005306 <input type="checkbox"/> SPRV 005356	HLA1 tutkimus B -Potilaan HLA1 tutkimuspaketti, kantasolusiirto B -Sukulaisluovuttajan HLA1 tutkimuspaketti, kantasolusiirto (*)
<input type="checkbox"/> SPRV 005308 <input type="checkbox"/> SPRV 005370	HLA2 tutkimus Potilaan HLA2 tutkimuspaketti, kantasolusiirto Sukulaisluovuttajan HLA2 tutkimuspaketti, kantasolusiirto (*)
<input type="checkbox"/> SPRV 005369	Haploidittinen kantasolusiirto, leukosyyttivasta-aineet S -Leukosyyttivasta-aineet, HLA-erollinen haploidittinen kantasolusiirto
<input type="checkbox"/> SPRV 005353	KIR-genotyypitys B -KIR, DNA-tutkimus (alihankintatutkimus) (*)
<input type="checkbox"/> SPRV 005357 <input type="checkbox"/> SPRV 005406	Näytteen pakastus B -Potilaan HLA2 näyte pakastettavaksi myöhempää tutkimustarvetta varten, kantasolusiirto B -Sukulaisluovuttajan HLA2 näyte pakastettavaksi, kantasolusiirto (*)
Tutkimuspakettien sisältö on kuvattu Tutkimusohjekirjassa.	

Tätä paperilähetettä käytetään (*-merkittyjä tutkimuksia pyydetessä sekä silloin, kun muiden tutkimusten pyyntö ei onnistu sähköisesti. Tilaa samalla tutkimus 2166 Ly-HLA.

TAUSTATIEDOT
Tutkittava on <input type="checkbox"/> kantasolusiirtoa odottava potilas <input type="checkbox"/> potilaan luovuttajaehdokas <input type="checkbox"/> sisar <input type="checkbox"/> veli <input type="checkbox"/> äiti <input type="checkbox"/> isä <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ Potilaan nimi _____ Potilaan hetu _____
Potilaan tutkittavien sisarusten lukumäärä _____
Lisätietoja (esim. siirto suunnitella haploidittiseltä luovuttajalta)
Näytteet: HLA1: 3 x 7 ml EDTA-verta ja 10 ml seerumiputki tai 2 ml seerumia HLA2: 3 x 7 ml EDTA-verta ja 10 ml seerumiputki tai 2 ml seerumia (HLA1 ja HLA2 otettava eri näytteenotto kerroilla) KIR: 1 x 7 ml EDTA-verta Leukosyyttivasta-aineet: 10 ml seerumiputki tai 2 ml seerumia <input type="checkbox"/> Näyte toimitettu aiemmin Veripalveluun

Tulos raportoidaan tarvittaessa potilaan kotisairaalan lisäksi siirtoyksikköön. Tutkimuksen tilaaja vastaa siitä, että tutkittavalta on saatu lupa tulosten siirtoon.

Tiedustelut:

Fimlabin asiakaspalvelu ja neuvonta ammattilaisasiakkaille, p. 03 311 77800 (Pohjanmaalla p. 041 7314 786)