

**SÄNDNINGSUPPGIFTER**

Remitterande sjukhus och avdelning	Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens
Adress	Svarsadress om annan än uppdragsgivarens
Provet ankommer/transport sätt	Kontaktperson och telefonnummer

**UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTA**

Efternamn	Personbeteckning	Diagnos	
Förnamn	Provtagningsdatum	Kundens provnummer	Blodgrupp

**BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR**

SPRV **HLA1 undersökning**

005304 B –HLA1 undersökningspaket för njurtransplantationspatient

005355 B –HLA1 undersökningspaket för donatorkandidat till njurtransplantationspatient (\*)

005361 B –HLA undersökningspaket för levertransplantationspatient

005364 B –HLA undersökningspaket för hjärt/lunfransplantationspatient

005363 B –HLA undersökningspaket för tarmtransplantationspatient

005360 B –HLA undersökningspaket för bukspottkörteltransplantationspatient

**I samband med HLA1 undersökning för organtransplantationspatient undersöks också leukocytantikroppar (SPRV 005366). Prov 10 ml serumrör eller 2 ml serum. Fyll i remissen Leukocytantikroppar.**

SPRV **HLA2 undersökning**

005305 B –HLA2 undersökningspaket för njurtransplantationspatient

005358 B –HLA2 undersökningspaket för donatorkandidat till njurtransplantationspatient (\*)

SPRV **Scandiatransplant STEP program**

006265 B –Undersökningspaket för organtransplantationspatient (STEP)

006253 B –Undersökningspaket för donatorkandidat (STEP/ALTR) (\*)

**HLA undersökningar för en hjärndöda organdonatorn**

Ifylls av Blodtjänst:  
Provet anlänt till Blodtjänst:: datum \_\_\_\_\_ kl. \_\_\_\_\_ namnteckning. \_\_\_\_\_

I Testhandboken finns beskrivet innehållet för undersökningspaket.

**BAKGRUNDSINFORMATION**

**Den undersökta är**

patient som väntar på organtransplantation

donatorkandidat till patient

syster  bror  mor  far  partner

annat, vad \_\_\_\_\_

Patientens namn  
\_\_\_\_\_

Patientens personbeteckning  
\_\_\_\_\_

Ytterligare information

**Prov:**

HLA1: 2 x 7 ml EDTA blod

HLA2: 2 x 7 ml EDTA blod

STEP/ALTR: 2 x 7 ml EDTA blod

Hjärndöd organdonator:

70 ml citratblod

2 x 10 ml serumrör

3 x 9 ml blod i EDTA rör, separerad plasmavätska

**Denna pappersremiss används vid begäran av undersökningar markerade med (\*) och även när elektronisk remiss är inte möjligt för andra undersökningar. Beställ samtidigt undersökningen 2166 Ly-HLA.**

Resultaten rapporteras till patientens hemsjukhus och vid behov till transplantationskliniken. Den som beställer undersökningar har ansvar att hämta medgivande att överföra resultaten.

**Förfrågningar:**

Fimlabs kundtjänst och rådgivning för professionella, tel. 03 311 77800 (i Österbotten, tel. 041 7314 786)