

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 och sjukdomens stadium	
Förnamn	Provtagningsdatum	Kundens provnummer	Blodgrupp

BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR	
<input type="checkbox"/> SPRV 005306 <input type="checkbox"/> 005356	HLA1 undersökning B -Patientens HLA1 undersökningspaket, stamcellstransplantation B -HLA1 undersökningspaket för donator som är släkt, stamcellstransplantation (*)
<input type="checkbox"/> SPRV 005308 <input type="checkbox"/> 005370	HLA2 undersökning B -HLA2 undersökningspaket för patient, stamcellstransplantation B -HLA2 undersökningspaket för familjedonator, stamcellstransplantation (*)
<input type="checkbox"/> SPRV 005369	Haploidentisk stamcellstransplantation, leukocytantikroppar S -Leukocytantikroppar, stamcells- transplantation med HLA mismatch
<input type="checkbox"/> SPRV 005353	KIR-genotypypitys B -KIR, DNA-undersökning (underleverantörsundersökning) (*)
<input type="checkbox"/> SPRV 005357 <input type="checkbox"/> 005406	Nedfrysning av prov B -HLA2 prov av patient för nedfrysning för senare undersökningsbehov, kantasolusiirto B -HLA2 prov av familjedonator för nedfrysning, kantasolusiirto (*)
I Testhandboken finns beskrivet innehållet för undersökningspaket.	

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.

BAKGRUNDSINFORMATION
Den undersökta är <input type="checkbox"/> patient som väntar på stamcellstransplantation <input type="checkbox"/> donator kandidat till patienten <input type="checkbox"/> syster <input type="checkbox"/> bror <input type="checkbox"/> mor <input type="checkbox"/> far <input type="checkbox"/> annat, vad _____
Patientens namn _____ Patientens personbeteckning _____
Antal syskon till patienten som ska undersökas _____
Ytterligare information (t.ex. haploidentisk transplantation) _____ _____ _____
Prov: HLA1: 3 x 7 ml EDTA blod HLA2: 3 x 7 ml EDTA blod och 10 ml serumrör eller 2 ml serum (HLA1 och HLA2 måste tas vid separata provtagnings-tillfällen) KIR: 1 x 7 ml EDTA blod Leukocytantikroppar: 10 ml serumrör eller 2 ml serum

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)