



**UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE  
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO  
PRACOWNIA IMMUNOGENETYKI**

Oddział Kliniczny Hematologii i Onkologii (CIC 954)  
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa, tel.: 22 599 14 20, tel./fax: 22 599 14 19,  
mail: immunogenlab.csk@uckwum.pl

**Zlecenie na badania do Pracowni Immunogenetyki**

DATA:

Pieczęć jednostki kierującej:

.....  
Pieczęćka imienna i podpis lekarza kierującego

Imię:		Tryb wykonania badania: Zwykły <input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/>	
Nazwisko:			
*PESEL:		Data urodzenia:	
Adres zamieszkania/ oddział		Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K	
Rozpoznanie:	Toczenie krwi w ciągu ostatnich 2 tygodni: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		Rodzaj Preparatu: DATA:
Aktualny poziom leukocytów:	Leki immunosupresyjne /antybiotyki <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		
Miejsce przesłania wyniku lub dane osoby upoważnionej do odbioru:			
<b>Proszę zaznaczyć odpowiednie badanie:</b>			
<b>A. Typowanie HLA Biorcy oraz spokrewnionych dawców szpiku lub żywych dawców wątroby lub nerki (metoda PCR-SSO):</b>			<b>Materiał Badany:</b> Krew pełna pobrana na EDTA 2 ml
1. Badanie wstępne biorcy rodzinnego (HLA-A,B,C,DR,DQ) <i>Proszę o uzupełnienie skierowania na odwrocie!</i> <input type="checkbox"/>		3. Badanie potwierdzające biorcę rodzinnego <input type="checkbox"/>	
2. Badanie wstępne dawcy rodzinnego (HLA-A,B,DR) <input type="checkbox"/>		4. Badanie potwierdzające dawcę rodzinnego <input type="checkbox"/>	
<b>B. Diagnostyka chorób związanych z układem HLA : (metoda PCR-SSP/SSO)</b>			<b>Materiał Badany:</b> Krew pełna pobrana na EDTA 2 ml
1. Badanie na obecność antygenu HLA-B*27 <input type="checkbox"/>		2. Badanie na obecność antygenu HLA-DRB1*15 <input type="checkbox"/>	
3. Badanie na obecność DQ2/DQ8 - Celiakia <input type="checkbox"/>			
<b>C. Typowanie antygenów zgodności tkankowej HLA na poziomie niskiej rozdzielczości (metoda PCR-SSO):</b>			<b>Materiał Badany:</b> Krew pełna pobrana na EDTA 2 ml
HLA – A* <input type="checkbox"/>	HLA – B* <input type="checkbox"/>	HLA – C* <input type="checkbox"/>	HLA – DRB1* <input type="checkbox"/>
HLA – A*,B*,DRB1* <input type="checkbox"/>		HLA – A*,B*,C*,DRB1*,DQB1* <input type="checkbox"/>	
<b>D. Typowanie antygenów zgodności tkankowej HLA na poziomie wysokiej rozdzielczości:</b>			<b>Materiał Badany:</b> Krew pełna pobrana na EDTA 10 ml
<i>Poszukiwanie i dobór dawcy niespokrewnionego, proszę zaznaczyć wszystkie loci.</i>			
HLA – A* <input type="checkbox"/>	HLA – B* <input type="checkbox"/>	HLA – C* <input type="checkbox"/>	HLA – DRB1* <input type="checkbox"/>
		HLA – DQB1* <input type="checkbox"/>	HLA – DPB1* <input type="checkbox"/> (pośrednia rozdzielczość)
<b>E. Badanie alloprzeciwciał anty – HLA:</b>			<b>Materiał Badany: Surowica (2 ml) /Krew pełna pobrana na skrzep</b>
<i>Proszę o uzupełnienie skierowania na odwrocie!</i>			
1. Badanie na obecność przeciwciał anty-HLA -screen <input type="checkbox"/>	2. Badanie swoistości przeciwciał anty- HLA klasy I <input type="checkbox"/>		3. Badanie swoistości przeciwciał anty- HLA klasy II <input type="checkbox"/>
<b>F. Ocena Chimeryzmu Potransplantacyjnego /Bardzo proszę o uzupełnienie skierowania na odwrocie!</b>			
<b>Krew pełna</b> <input type="checkbox"/> Materiał Badany: Krew pełna pobrana na EDTA - 4 ml	<b>Szpik kostny</b> <input type="checkbox"/> Materiał Badany: Szpik kostny pobrany na EDTA - 4 ml	<b>Komórki CD3+</b> <input type="checkbox"/> Materiał Badany: Krew pełna pobrana na EDTA - 10 ml	
<b>G. Próba krzyżowa (CDC)</b>	Biorca <input type="checkbox"/> Surowica - 2 ml	Dawca <input type="checkbox"/> Krew pełna pobrana na Heparynę lub ACD -10 ml oraz Surowica - 2 ml	

Imię i nazwisko osoby pobierającej materiał: .....

Data pobrania materiału:  
Godzina pobrania materiału

Imię i nazwisko osoby przyjmującej materiał: .....

Data przyjęcia materiału:  
Godzina przyjęcia materiału



UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE  
 WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO  
 PRACOWNIA IMMUNOGENETYKI

Oddział Kliniczny Hematologii i Onkologii (CIC 954)  
 ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa, tel.: 22 599 14 20, tel./fax: 22 599 14 19,  
 mail: immunogenlab.csk@uckwum.pl

➤ **Dotyczy pkt. A.1 : badanie wstępne Biorcy rodzinnego.**

Proszę o wymienienie członków rodziny chorego (imię i nazwisko, PESEL), którzy mają być przebadani w kierunku poszukiwania dawcy rodzinnego:

1. Matka: .....
2. Ojciec: .....
3. Rodzeństwo: .....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

➤ **Dotyczy pkt. E: badania alloprzeciwciał anty- HLA**

Proszę o uzupełnienie danych w przypadku wcześniejszych przeszczepień pacjenta:

Data pierwszego przeszczepienia:									
Antygeny zgodności tkankowej pierwszego dawcy:									
HLA – A*		HLA- B*		HLA- C*		HLA- DRB1*		HLA-DQB1*	
HLA – A*		HLA- B*		HLA- C*		HLA- DRB1*		HLA-DQB1*	
Data drugiego przeszczepienia:									
Antygeny zgodności tkankowej drugiego dawcy:									
HLA – A*		HLA- B*		HLA- C*		HLA- DRB1*		HLA-DQB1*	
HLA – A*		HLA- B*		HLA- C*		HLA- DRB1*		HLA-DQB1*	

➤ **Dotyczy pkt F: Ocena chimeryzmu potransplantacyjnego:**

Data przeszczepienia komórek krwiotwórczych u Biorcy:.....

Imię i nazwisko Dawcy lub ID Dawcy: .....

Dawca: rodzinny/ niespokrewniony/ haploidentyczny\*.....(\*zaznaczyć właściwe)

Materiał przeszczepiony: ... BM/ ..PBSC/..CBU\*/ .....DLI.... (data podania DLI:.....)

Rodzaj kondycjonowania: ....RIC/ mieloablacyjne\*.....

**Pieczętka i podpis lekarza kierującego:**