



**MEDIGEN® Sp. z o.o.**  
 Podmiot leczniczy  
 NIP: PL 526-20-98-787  
 01-496 Warszawa, ul. Morcinka 5, lokal 19  
 Tel./Fax: 22 638 35 38; 638 44 46  
 e-mail: medigen@medigen.pl



Akredytacja EFI  
 05-PL-004-996



Certyfikat ISO 9001

Załącznik Nr 12.1

Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego  
**NZOZ Medigen Diagnostyka Molekularna®**  
 KIDL Nr lab. 1847  
**MLD**  
 MZ-PZ-TSZ-026-6281-13/SW/12  
**ODS**  
 MZ-PZ-TSZ-026-6276-2/SW/11

## SKIEROWANIE NA BADANIA ANTYGENÓW HLA KLASY I i II

OŚRODEK ZLECAJĄCY (Adres, telefon/fax):	LEKARZ ZLECAJĄCY BADANIE:  Data :
---	---

Czy wynik wystać do zlecającego? TAK NIE (dokąd?) .....

**CHORY** (nazwisko i imię):

Miejsce zamieszkania:	Data ur.:	PŁEĆ: K M
	PESEL	
ROZPOZNANIE: ICD-10:	Data rozpoznania:	
GRUPA KRWI:	Czy jest aktualnie leczony cytostatykami: TAK NIE	
Aktualna leukocytoza (ważne):	Czy miał przetoczenia krwi: TAK (kiedy?.....) NIE	

### RODZINA CHOREGO

Lp	NAZWISKO i IMIĘ	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	PESEL
1			
2			
3			
4			
5			

Rodzaj materiału do pobrania i jego pochodzenie:

Data i godz. pobrania materiału do badania:

Dane osoby pobierającej materiał do badania:

Tryb wykonania badania:

Czy wykonać typowanie HLA klasy II potencjalnych dawców rodzinnych w

przypadku zgodności w antygenach HLA klasy I? .....  TAK  NIE

Czy wykonać badania HLA klasy II chorego? .....  TAK  NIE

Czy przewidywane jest poszukiwanie dawcy niespokrewnionego w przypadku braku dawcy rodzinnego? .....  TAK  NIE

**WAŻNE! Prosimy o dołączenie wyników typowania chorego i członków rodziny**  
 (jeśli były wykonane w innym ośrodku).

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium oraz podpis osoby przyjmującej:

Weryfikacja eWUŚ:

UWAGI: