



MEDIGEN® Sp. z o.o.

Podmiot leczniczy
01-496 Warszawa, ul. Morcinka 5/19
Tel./Fax: (22) 638 35 38; 638 44 46
e-mail: medigen@medigen.pl



Akredytacja EFI 05-PL-004-996
Certyfikat ISO 9001:2008

Załącznik Nr 12/1

Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego
**NZOZ Medigen Diagnostyka
Molekularna®**
Medyczne Laboratorium Diagnostyczne
nr KIDL 1847
Ośrodek Dawców Szpiku

SKIEROWANIE NA BADANIA ANTYGENÓW HLA KLASY I i II

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

Czy wynik wysłać 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: