

Anforderungsschein Transplantationsdiagnostik



Institut für Transfusionsmedizin und Zelltherapeutika

Univ. Prof. Dr. rer. nat. Hannes Klump
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen
Sekretariat:
Tel.: (0241) 80-88715 / Fax: (0241) 80-82467

HLA-Labor

Ebene 3, Flur 48, Raum 6
Tel.: (0241) 80-88662 /-35331
Fax: (0241) 80-82607
TR-HLA-Labor@ukaachen.de

Einsender / Anfordernde Klinik:

Stempel, Name der/des anforderungsberechtigten Ärztin/Arztes und Unterschrift

Ansprechpartner / Telefon-Nr.:

Für Rückfragen

Untersuchungsmaterial:

Serum/Nativblut EDTA-Blut Heparin

Sonstiges: _____

Entnahmedatum: Tag Monat Jahr

Entnahmezeit: : Uhr

Bemerkungen:

HBsAg-positiv HCV-positiv HIV-positiv

Medikamente: _____

Sind Transfusionen bekannt? Ja Nein

Hat der Patient bereits Transplantation erhalten?

Ja: Niere Leber Herz SZT

Andere: _____

Nein

Schwangerschaften? Ja Nein

Untersuchungsmaterial von:

Patienten- /Spenderetikett verwenden

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

weiblich männlich divers

High Urgency (HU)*

Diagnose / Klinische Angaben / weitere Informationen:

Bei Spendern oder potenziellen Spendern

ggf. GRID-Nr.: _____

und bitte folgende Daten des Empfängers angeben:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Bitte die gewünschten Untersuchungen auf der Rückseite ankreuzen.

HLA Labor akkreditiert durch



* **Achtung:** - Die Bearbeitung innerhalb von 48 Stunden führt zu erhöhten Kosten.

- Die Regelung betrifft nur den Nachweis von HLA-Antikörpern vor Herztransplantationen.

HLA-Typisierung		Immungenetik		
Vor Organtransplantation <input type="checkbox"/> HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DRB3/4/5, -DQA1, -DQB1, -DPA1, -DPB1 (niedrigauflösend) <input type="checkbox"/> HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DRB3/4/5, -DQA1, -DQB1, -DPA1, -DPB1 (hochauflösend)	mind. 2,5 ml EDTA	Krankheitsassoziation <input type="checkbox"/> HLA-A2 (Aderhautmelanom) <input type="checkbox"/> HLA-A29 (Birdshot-Retinopathie) <input type="checkbox"/> HLA-B51 (z.B. M. Behcet) <input type="checkbox"/> HLA-B27 (z.B. M. Bechterew) <input type="checkbox"/> HLA-DQA1*0501/ -DQB1*0201/ -DQ8 -Komplexe (Zöliakie) <input type="checkbox"/> HLA-DQ6/-DRB15 (Narkolepsie) <input type="checkbox"/> Sonstige HLA-Merkmale: _____ Untersuchungen im Bereich der HLA-Genetik werden <u>nur</u> mit ausgefüllter Einverständniserklärung gem. GenDG durchgeführt. Diese muss der Anforderung beiliegen.	mind. 2,5 ml EDTA	
Vor Stammzelltransplantation <input type="checkbox"/> HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1, -DPB1 (niedrigauflösend) <input type="checkbox"/> HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1, -DPB1 (hochauflösend) <input type="checkbox"/> HLA-A, -B, -DRB1 (niedrigauflösend)		Chimärismusanalyse <input type="checkbox"/> Rückstellprobe (vor SZT) Bei Erstuntersuchungen werden mind. 10ml EDTA-Blut des Empfängers VOR SZT und mind. 2,5ml EDTA-Blut des Spenders benötigt! Diese können bereits im Voraus eingesandt und als Rückstellprobe im Labor gelagert werden.		mind. 10 ml EDTA
Vor Transfusion (Thrombozyten) <input type="checkbox"/> HLA-A, -B -Typisierung (niedrigauflösend)		<input type="checkbox"/> (Folge-) Untersuchung <u>nach</u> Stammzelltransplantation Datum der SZT: _____ Tag: _____ <input type="checkbox"/> Eilige Probe! (z.B. bei Verdacht auf Rezidiv)		
HLA-Antikörpernachweis <input type="checkbox"/> vor Organ Tx <input type="checkbox"/> vor SZ Tx <input type="checkbox"/> vor Herz Tx <input type="checkbox"/> HU <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Screening und Differenzierung von zytotoxischen HLA-Klasse I Antikörper [LCT] <input type="checkbox"/> Screening und Differenzierung von HLA-Klasse I und -Klasse II Antikörper [Bead Array, Luminex]	10 ml Serum	Thrombozyten-Diagnostik HPA-Typisierung <input type="checkbox"/> HPA-1a/b, -2a/b, -3a/b, -4a/b, -5a/b, -6a/b, -9a/b, -15a/b	mind. 2,5 ml EDTA	
<input type="checkbox"/> Auto-Crossmatch*, autoreaktive Antikörper [LCT]		<input type="checkbox"/> Crossmatch* vor Transplantation [LCT] <input type="checkbox"/> Crossmatch* nach Transplantation [LCT]		Thrombozytäre Antikörper <input type="checkbox"/> HPA-Allo-Antikörper [Bead Array, Luminex] <input type="checkbox"/> Thrombozyten-Crossmatch [MASPAT]
Stammzell- / Vorläuferzell-Diagnostik <input type="checkbox"/> CD34-Messung [Duchflusszytometrie]	mind. 2,5 ml EDTA	<input type="checkbox"/> HPA-Auto-Antikörper*** (Versand an Fremdlabor, bitte Anforderungsschein DRK Cottbus ausfüllen und die Proben bis spätestens mittwochs ans Labor weiterleiten)	10 ml Serum + 20 ml EDTA	
Hinweise zu Probenmaterial und Annahme				
Beschriftung: Die Proben müssen mit Namen, Vornamen, Geburtsdatum, Entnahmedatum und ggf. Entnahmeuhrzeit beschriftet sein. Nicht eindeutig beschriftete Proben werden <u>nicht</u> bearbeitet und umgehend entsorgt. Transport: Transport bei Raumtemperatur (2-35°C) **Transport bei Raumtemperatur (2-35°C) <u>innerhalb von 24h</u> Materialannahme: Hämolytische, geronnene oder stark lipämische Proben werden <u>nicht</u> bearbeitet. Alle Proben können von montags-freitags von 07.30-15.30 Uhr im HLA-Labor abgegeben werden. Sollte eine molekulargenetische Diagnostik aus EDTA-Blut nicht möglich sein, kann ein Wangenschleimhautabstrich eingesandt werden. Abstrichtupfer im HLA-Labor erhältlich. *Proben für das Crossmatch müssen bis 09.00 Uhr im Labor eingehen. ***Probe muss spätestens mittwochs im Labor eingegangen sein, um eine Analyse zu gewährleisten.				