

LfIMD-PV-F04 Untersuchungsauftrag allgemein

Patientendaten:

**Labor für Immungenetik und
Molekulare Diagnostik**Tel. +49 (0)89 4400 77402
Fax: +49 (0)89 4400 77411
labimmu@med.uni-muenchen.de
www.lmu-klinikum.de
Postanschrift:
Elisabeth-Winterhalter-Weg 15
D-81377 München

Diagnose/ Fragestellung: _____

Humanes Leukozyten Antigen (HLA)- Diagnostik:

HLA-Typisierung Klasse I	niedrigauflösend <input type="checkbox"/>	HLA-Locus: _____
	hochauflösend <input type="checkbox"/>	
HLA-Typisierung Klasse II	niedrigauflösend <input type="checkbox"/>	HLA-Locus: _____
	hochauflösend <input type="checkbox"/>	

Material: 8 ml CPDA- oder 9 ml EDTA-Blut

 Einverständniserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz erforderlich bei KrankheitsassoziationHLA-Antikörperscreening / -spezifizierung
Material: 10 ml Serumröhrchen (Nativblut)**Thrombozyten-Antigen (HPA) - Diagnostik**

HPA- Typisierung (1-5, 6, 9, 15)	<input type="checkbox"/>	HPA- Typisierung (1-5, 15)	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

Material: 8 ml CPDA- oder 9 ml EDTA-Blut

HPA-Antikörperscreening / -spezifizierung
Material: 10 ml Serumröhrchen (Nativblut) Zur erweiterten Diagnostik **antithrombozytärer Antikörper** gilt ein weiterer Untersuchungsauftrag der ATMZH**Granulozyten-Antigen (HNA) –Diagnostik**

HNA-Typisierung (1, 3, 4, 5)	<input type="checkbox"/>	HNA-Antikörperscreening / -spezifizierung	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	---	--------------------------

Material: 8 ml CPDA- oder 9 ml EDTA-Blut

Material: 10 ml Serumröhrchen (Nativblut)

Molekulargenetische Typisierung von Erythrozyten-Antigenen:

ABO	<input type="checkbox"/>	Kell/Cellano, Kidd, Duffy	<input type="checkbox"/>
Rhesus-D	<input type="checkbox"/>	MNS	<input type="checkbox"/>
Rhesus-CE	<input type="checkbox"/>	Kp, Lu, Kn, Co, Di, Do, Yt, Wr, LW	<input type="checkbox"/>
Rhesus-D/d Zygotie	<input type="checkbox"/>	Js	<input type="checkbox"/>
		Vel	<input type="checkbox"/>

Sequenzierung RHD/CE Sequenz (nach Rücksprache): _____

Material: 8 ml CPDA- oder 9 ml EDTA-Blut

Gemäß den Richtlinien bitten wir Sie, die vollständigen Patientendaten sowie das Datum der Blutabnahme direkt auf dem **Blutröhrchen** und auf dem **Untersuchungsauftrag** anzugeben. Unbeschriftete Blutproben dürfen nicht bearbeitet werden. Infektiöses Material kennzeichnen. Proben auslaufsicher versenden (Verpackungsvorschrift UN 3373, Biologischer Stoff, Kategorie B). Der entnehmende Arzt bestätigt mit seiner Unterschrift die Probenidentität und den Auftrag.

Datum der Blutentnahme:

Auftragsdatum:

Unterschrift des Arztes:

Name in Druckbuchstaben

Auftraggeber (Stempel)

