TYP UniversitätsSpital Zürich
Interdiszipinäres HLA-Typisierungslabor
HOER B 19 Zerti ziert durch EFI: CH-11-005.995
Rämistrasse 100, 8091 Zürich Tel: 044 255 36 98 Fax: 044 255 36 60

HÄMATOPOIETISCHE STAMMZELLEN

externe Referenznummer

Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben

Name:
Vorname:
Geschlecht:
Geburtsdatum:
Strasse:
PLZ/Ort:

Abnahme-Datum

Abnahme Zeit

Nachbestellung von Auftragsformularen
- ☐ 10 Stück
- ☐ 20 Stück
- ☐ 50 Stück

Arzt-Suchernr.

Tel. Station

Rechnung an:
- ☐ Patient
- ☐ Auftraggeber
- ☐ Drittzahler

☐ Befundkopie an:

Relation zu Patient:
- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ Bruder
- ☐ Schwester

andere Relation _____

Angehörigen Daten

Name:
Vorname:
Geschlecht:
Geburtsdatum:
Strasse:
PLZ/Ort:

Markierung

Richtig ☐
Falsch ☐

Einsendercode Auftraggeber

Diagnose:

Leukozytenzahl: ___ /ul

Datum:

Lymphozytenzahl: ___ /ul

Datum:

Diagnose: _____

Untersuchungen:

HLA-Typisierung (1x10ml EDTA-Blut)
- ☐ Empfänger
- ☐ Spender

HLA-Retypisierung (1x10ml EDTA-Blut)
- ☐ Empfänger
- ☐ Spender

Serothek vor TPL + anti HLA Antikörper (1 x 10ml EDTA, 2x10ml Nativ-Blut)
- ☐ Empfänger
- ☐ Spender

Crossmatch
- ☐ Empfänger 1x10ml Nativ-Blut
- ☐ Spender 2x10ml ACD-Blut

☐ **Anti HLA-Antikörper** (1x10ml Nativ-Blut)

☐ **Thrombozyten-Antigene (HPA)** (3ml EDTA-Blut)

☐ **Thrombozyten-Antikörper (HPA)** (1x10ml Nativ-Blut)

Bitte jedes Röhrchen nach Blutentnahme 5 mal sorgfältig kippen!

Labornummer

Versand: Mit A-Post oder per Kurier / Nicht freitags oder vor Feiertagen

Proben telefonisch voranmelden:

Bitte pro Patient/in oder Angehörige je ein Fromular ausfüllen, die nicht korrekt beschrifteten Röhrchen können NICHT verarbeitet werden

Röhrchen müssen ganz gefüllt sein

Formular in Blockschrift ausfüllen

 © U UniversitätsSpital Zürich