

LÄHETYSTIEDOT

Lähetävä sairaala ja osasto	Eriävä laskutusosoite
Osoite	Eriävä vastausosoite
Näyte saapuu/kuljetustapa	Yhteyshenkilö ja puhelinnumero
Kiireellisestä tutkimuksesta sovittava erikseen, puh. 029 300 1796	Kiireellistä vastausta pyydetään <input type="checkbox"/> puh: <input type="checkbox"/> faksi:

TUTKITTAVAN TIEDOT

Sukunimi	Henkilötunnus	Diagnoosi
Etunimi	Näytteenottopvm	Asiakkaan näytenumero
		Veriryhmä

PYYDETYT TUTKIMUKSET	
SPRV	HLA 1 tutkimus
<input type="checkbox"/> 5304	B –Munuaisensiirtopotilaan HLA 1 tutkimuspaketti
<input type="checkbox"/> 5355	B –Munuaisensiirtopotilaan luovuttajaehdokkaan HLA 1 tutkimuspaketti
<input type="checkbox"/> 5361	B –Maksansiirtopotilaan HLA tutkimuspaketti
<input type="checkbox"/> 5364	B –Sydän/keuhkosiirtopotilaan HLA tutkimuspaketti
<input type="checkbox"/> 5363	B –Suolensiirtopotilaan HLA tutkimuspaketti
<input type="checkbox"/> 5360	B –Haimansiirtopotilaan HLA tutkimuspaketti
	Tutkimuspaketit sisältävät seuraavat tutkimukset:
3678	B -HLA-A, DNA-tutkimus (KL 4539)
3677	B -HLA-B, DNA-tutkimus (KL 4540)
3644	B -HLA-DRB, DNA-tutkimus (KL 1866)
3450	B -ABO- ja Rh-veriryhmämääritys (KL 2951)
	Elinsiirtopotilaan HLA 1 tutkimuksen yhteydessä tutkitaan myös valkosoluvasta-aineet (SPRV 5366). Näyte 10 ml seerumiputki tai 2 ml seerumia. Täytä Leukosyyttivasta-aineet -lähete.
SPRV	HLA 2 tutkimus
<input type="checkbox"/> 5305	B –Munuaisensiirtopotilaan HLA 2 tutkimuspaketti
<input type="checkbox"/> 5358	B –Munuaisensiirtopotilaan luovuttajaehdokkaan HLA 2 tutkimuspaketti
	Tutkimuspaketit sisältävät seuraavat tutkimukset:
3677	B -HLA-B, DNA-tutkimus (KL 4540)
3450	B -ABO- ja Rh-veriryhmämääritys (KL 2951)
<input type="checkbox"/>	Aivokuolleen elinluovuttajan HLA tutkimus
	Näyte:
	70 ml sitraattiverta
	2 x 10 ml seerumiputki
	3 x 9 ml verta EDTA-putkiin, eroteltu plasmanäyte

TAUSTATIEDOT
Tutkittava on
<input type="checkbox"/> elinsiirtoa odottava potilas
<input type="checkbox"/> potilaan luovuttajaehdokas
<input type="checkbox"/> sisar <input type="checkbox"/> veli <input type="checkbox"/> äiti <input type="checkbox"/> isä
<input type="checkbox"/> muu, mikä _____
Potilaan nimi

Potilaan hetu

Lisätietoja

Näytteet:
HLA 1: 2 x 7 ml EDTA-verta
HLA 2: 2 x 7 ml EDTA-verta
<input type="checkbox"/> Tutkittavalta saatu lupa siirtoa varten tarvittavien tietojen toimittamiseen Suomen sydän/keuhkosiirtokeskukselle

VERIPALVELU TÄYTTÄÄ

Näyte saapunut Veripalveluun	pvm	klo	nimik.	Lisätiedot
Vastaus faksattu	pvm	klo	nimik.	
Vastaus soitettu	pvm	klo	nimik.	

LÄHETYSOHJEET:

 Lähetysosoite: Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, Näytteiden vastaanotto, Kivihaantie 7, 00310 Helsinki
 Lähete, näytteenotto- ja lähetysohjeet sekä tutkimuskuvaukset: www.veripalvelu.fi > Terveystieteiden ammattilaiset

Tutkimuksista voi tiedustella puh. 029 300 1796, ma-pe 9–15, faksi 09 454 6253