

**LÄHETYSTIEDOT**

Lähettävä 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:

**POTILAAN TIEDOT (täytetään aina)**

Sukunimi	Henkilötunnus	Diagnoosi	
Etunimi	Näytteenottopvm	Asiakkaan näyttenumero	Veriryhmä

**OMAISLUOVUTTAJAN TIEDOT**

Sukunimi	Henkilötunnus	Veriryhmä
Etunimi	Näytteenottopvm	Asiakkaan näyttenumero

**PYYDETYT TUTKIMUKSET JA TAUSTATIEDOT**

Tutkimuksista voi tiedustella puh. 029 300 1796, 050 374 2672

<input type="checkbox"/> <b>Omaissiirtoa edeltävä ristikoe. Tilattava etukäteen puh. 029 300 1796.</b> SPRV 3692 <b>S –Leukosyyttien sopivuuskoe, sytotoksiset vasta-aineet*</b> (KL 6228) <b>Siirron pvm</b> <input type="checkbox"/> on tiedossa _____ <input type="checkbox"/> ei ole tiedossa <b>Omaisluovuttaja on</b> <input type="checkbox"/> sisar <input type="checkbox"/> veli <input type="checkbox"/> äiti <input type="checkbox"/> isä <input type="checkbox"/> muu, mikä _____
<input type="checkbox"/> <b>Elinsiirron saaneen potilaan ristikoe luovuttajan soluja vastaan</b> SPRV 3693 <b>S –Leukosyyttien sopivuuskoe, IgG ja IgM, virtausmittaus*</b> (alihankintatutkimus) (KL 6229) <b>Tutkimuksen syy</b> <input type="checkbox"/> Hyljintäepäily (kiireellinen). <b>Tilattava etukäteen puh. 029 300 1796.</b> <input type="checkbox"/> Hitaasti käynnistyvä munuainen (ei kiireellinen).
<input type="checkbox"/> <b>Elinsiirtoa odottavan potilaan ristikoe päivän seerumilla</b> SPRV 3692 <b>S –Leukosyyttien sopivuuskoe, sytotoksiset vasta-aineet*</b> (KL 6228)

**TAUSTATIEDOT**

<b>Näyte on</b> <input type="checkbox"/> potilaasta <input type="checkbox"/> omaisluovuttajasta
<b>Immunisoivat tapahtumat</b> <input type="checkbox"/> potilas on saanut verensiirtoja, viimeksi _____ <input type="checkbox"/> potilas ei ole saanut verensiirtoja <input type="checkbox"/> potilas on ollut raskaana
<input type="checkbox"/> <b>Potilas on saanut tutkimuksen tulkintaan vaikuttavaa lääkettä</b> (rituximabi, OKT3 tai vastaava) mitä _____ milloin _____
Lisätietoja
<b>Näytteet:</b> Potilaalta: 10 ml seerumiputki tai 2 ml seerumia Omaisluovuttajalta: 3 x 7 ml sitraattivertaa, näyte ei saa jäätyä ja sen tulee olla alle 24h vanha tutkimuspäivän aamuna klo 8.00

\*Näytteestä tutkitaan myös potilaan leukosyyttivasta-aineet (SPRV 5368).

**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](http://www.veripalvelu.fi) > Terveystieteiden ammattilaiset

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