

LÄHETYSTIEDOT

Lähettävä sairaala ja osasto	Eriävä laskutusosoite
Osoite	Eriävä vastausosoite
Näyte saapuu/kuljetustapa	Yhteyshenkilö ja puhelinnumero
Kiireellisestä tutkimuksesta sovitettava erikseen, puh. 029 300 1796	

TUTKITTAVAN TIEDOT

Sukunimi	Henkilötunnus	Diagnoosi	
Etinimi	Näytteenottopvm	Asiakkaan näytenumero	Veriryhmä

PYYDETYT TUTKIMUKSET	
<input type="checkbox"/> 5368 S -Leukosyyttivasta-aineet, elinsiirtoa odottava Tutkimuspaketti sisältää seuraavat tutkimukset: 5348 S -Leukosyyttivasta-aineet, IgG, seulonta (KL 4272) 3601 S -Leukosyyttivasta-aineet, paneelireaktiiviset, IgG (KL 6230) 5311 S -Leukosyyttivasta-aineet, luokka I, IgG, tunnistus (KL 6231) 5312 S -Leukosyyttivasta-aineet, luokka II, IgG, tunnistus (KL 6232) Näyte säilytetään leukosyyttien sopivuuskokeita varten.	
<input type="checkbox"/> 5368 S -Leukosyyttivasta-aineet, toimivan siirännäisen seuranta Näyte säilytetään leukosyyttien sopivuuskokeita varten Tutkimuspaketti sisältää seuraavat tutkimukset: 5348 S -Leukosyyttivasta-aineet, IgG, seulonta (KL 4272) 3601 S -Leukosyyttivasta-aineet, paneelireaktiiviset, IgG (KL 6230) 5311 S -Leukosyyttivasta-aineet, luokka I, IgG, tunnistus (KL 6231) 5312 S -Leukosyyttivasta-aineet, luokka II, IgG, tunnistus (KL 6232) 5340 S -HLA-Luovuttajaspesifiset vasta-aineet	
<input type="checkbox"/> 5310 0-näyte pakastettavaksi <input type="checkbox"/> 5368 0-näyte pakastettavaksi ja leukosyyttivasta-ainetutkimusta varten (SPRV 5368)	

Tutkimuspaketit raportoidaan ja laskutetaan yksittäisinä tutkimuksina.

TAUSTATIEDOT
Tutkittava on <input type="checkbox"/> elinsiirron saanut potilas, milloin _____ <input type="checkbox"/> määräaikaikaiskontrolli <input type="checkbox"/> rejektioepäily <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____
Immunisoivat tapahtumat <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"/> Potilas on saanut tutkimuksen tulkintaan vaikuttavaa lääkettä (rituximabi, OKT3 tai vastaava) mitä _____ milloin _____
Lisätietoja Näyte: 10 ml seerumiputki tai 2 ml seerumia

VERIPALVELU TÄYTTÄÄ

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

LÄHETYSOHJEET:
Postiosoite: Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, Kudossopeutuvuustutkimukset, PL 2, 01731 Vantaa

Toimitusosoite: Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, Näytteiden vastaanotto, Kudossopeutuvuustutkimukset, Härkälenkki 13 C, 01730 Vantaa

 Lähetä, näytteenotto- ja lähetysohjeet sekä tutkimuskuvaukset: www.veripalvelu.fi

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

Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, Härkälenkki 13, 01730 Vantaa, vaihde 029 300 1010, veripalvelu.fi
 Veripalvelu® on rekisteröity tavaramerkki.