

### SÄNDNINGSUPPGIFTER

Remitterande sjukhus och avdelning	Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens
Adress	Svarsadress om annan än uppdragsgivarens
Provet ankommer/transport sätt	Kontaktperson och telefonnummer

### UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTA

Efternamn	Personbeteckning	Diagnos	
Förnamn	Provtagningsdatum	Kundens provnummer	Blodgrupp

BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR
<p><b>SPRV HLA1 undersökning</b></p> <p><input type="checkbox"/> 005304 B –HLA1 undersökningspaket för njurtransplantationspatient</p> <p><input type="checkbox"/> 005355 B –HLA1 undersökningspaket för donatorkandidat till njurtransplantationspatient</p> <p><input type="checkbox"/> 005361 B –HLA undersökningspaket för levertransplantationspatient</p> <p><input type="checkbox"/> 005364 B –HLA undersökningspaket för hjärt/lunfrtransplantationspatient</p> <p><input type="checkbox"/> 005363 B –HLA undersökningspaket för tarmtransplantationspatient</p> <p><input type="checkbox"/> 005360 B –HLA undersökningspaket för bukspottkörteltransplantationspatient</p> <p style="color: red;">I samband med HLA1 undersökning för organtransplantationspatient undersöks också leukocytantikroppar (SPRV 005366). Prov 10 ml serumrör eller 2 ml serum. Fyll i remissen Leukocytantikroppar.</p>
<p><b>SPRV HLA2 undersökning</b></p> <p><input type="checkbox"/> 005305 B –HLA2 undersökningspaket för njurtransplantationspatient</p> <p><input type="checkbox"/> 005358 B –HLA2 undersökningspaket för donatorkandidat till njurtransplantationspatient</p>
<p><b>SPRV Scandiatransplant STEP program</b></p> <p><input type="checkbox"/> 006265 B -Undersökningspaket för organtransplantationspatient (STEP)</p> <p><input type="checkbox"/> 006253 B -Undersökningspaket för donatorkandidat (STEP/ALTR)</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>HLA undersökningar för en död organdonator</b></p> <p>Ifylls av Blodtjänst: Provet anlänt till Blodtjänst:: datum _____ kl. _____ namnteckning. _____</p>
<p>I Testhandboken finns beskrivet innehållet för undersökningspaket.</p>

BAKGRUNDSINFORMATION
<p><b>Den undersökta är</b></p> <p><input type="checkbox"/> patient som väntar på organtransplantation</p> <p><input type="checkbox"/> donatorkandidat till patient</p> <p><input type="checkbox"/> syster <input type="checkbox"/> bror <input type="checkbox"/> mor <input type="checkbox"/> far <input type="checkbox"/> partner</p> <p><input type="checkbox"/> annat, vad _____</p> <p>Patientens namn _____</p> <p>Patientens personbeteckning _____</p> <p>Ytterligare information</p>
<p><b>Prov:</b></p> <p>HLA1: 2 x 7 ml EDTA blod</p> <p>HLA2: 2 x 7 ml EDTA blod</p> <p>STEP/ALTR: 2 x 7 ml EDTA blod</p> <p>Död organdonator: 70 ml citratblod 2 x 10 ml serumrör 3 x 9 ml blod i EDTA rör, separerad plasmaprov</p>

Resultaten rapporteras till patientens hemsjukhus och vid behov till transplantationskliniken. Den som beställer undersökningar har ansvar att hämta medgivande att överföra resultaten.

### SÄNDNINGSANVISNINGAR:

**Postadress:** Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Vävnadsförenlighetsundersökningar, PB 2, 01731 Vanda

**Leveransadress:** Finlands Röda Kors, Blodtjänst, Mottagning av prover, Vävnadsförenlighetsundersökningar, Oxlänken 13 C, 01730 Vanda

Remiss, provtagnings- och sändningsanvisningar samt undersökningsbeskrivningar finns på [www.blodtjanst.fi](http://www.blodtjanst.fi)

Förfrågningar om undersökningarna kan göras tfn 029 300 1796, e-fax 09 454 6253

**Finlands Röda Kors, Blodtjänst**, Oxlänken 13, 01730 Vanda, växel 029 300 1010, blodtjanst.fi  
Veripalvelu® är ett registrerat varumärke.