

SÄNDNINGSUPPGIFTER

Remitterande sjukhus och avdelning	Faktureringsadress om annan än uppdragsgivarens
Adress	Svarsadress om annan än uppdragsgivarens
Provet ankommer/transport sätt	Kontaktperson och telefonnummer
Ombrädiskande undersökning överenskoms separat, tel. 029 300 1796	

UPPGIFTER OM DEN UNDERSÖKTA

Efternamn	Personbeteckning	Diagnos	
Förnamn	Provtagningsdatum	Kundens provnummer	Blodgrupp

BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR
SPRV <input type="checkbox"/> 005366 S -Leukocytantikroppar, patient som väntar på organtransplantation
<input type="checkbox"/> 005368 S -Leukocytantikroppar, uppföljning av fungerande transplanterat
<input type="checkbox"/> Förenlighetsprov inför transplantation 003692 S -Förenlighetsprov för leukocyter, cytotoxiska antikroppar Datum för transplantation <input type="checkbox"/> är känd _____ <input type="checkbox"/> är inte känd I provet undersöks även patientens leukocytantikroppar (SPRV 005366) Fyll i remissen 'Förenlighetsprov för leukocyter, levande donatorkandidat till jurtransplantationspatient' för donatorkandidaten och beställ tid för undersökningen innan ni tar proven, ring tel. 029 300 1796, må-fre 9-15
<input type="checkbox"/> Förenlighetsprov med dagens serum för patienten som väntar på organtransplantation 003692 S -Förenlighetsprov för leukocyter, cytotoxiska antikroppar (KL 6228) Donatorens D-nummer _____ I provet undersöks även patientens leukocytantikroppar (SPRV 005368)
<input type="checkbox"/> 005310 0-prov för nedfrysning <input type="checkbox"/> 005345 Endast nedfrysning för förenlighetsprov
I Testhandboken finns beskrivet innehållet för undersökningspaket.

BAKGRUNDSINFORMATION
Den undersökta är <input type="checkbox"/> patient som väntar på organtransplantation <input type="checkbox"/> patient som fått organtransplantation, när _____ <input type="checkbox"/> periodisk kontroll <input type="checkbox"/> misstänkt rejektion <input type="checkbox"/> annat, vad _____
Immuniserande händelser <input type="checkbox"/> patienten har fått blodtransfusioner, senast _____ <input type="checkbox"/> patienten har inte fått blodtransfusioner <input type="checkbox"/> patienten har varit gravid
<input type="checkbox"/> Patienten har fått läkemedelsbehandling som påverkar tolkningen av undersökningen (rituximab, OKT3 eller motsvarande) vad _____ när _____
Ytterligare information
Prov: 10 ml serumrör eller 2 ml serum (provet kommer att förvaras för förenlighetsprov)

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: www.blodtjanst.fi

Förfrågningar om undersökningarna kan göras tel. 029 300 1796, må-fre 9-15, e-fax 09 454 6253

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