

Auftragsschein HLA-Labor / Transplantationsimmunologie

Patient:

Aufnahme-Nr.:
Name, Vorname:
Geb.:

Einsender:

Inkl. Telefon/
Kostenstelle

Ggf. abw. Adressat:

Diagnose(n):

Medikamente (nur Immuntherapeutika) bitte angeben!

**Bitte Patienten-Etikett mit Aufnahme/Fall-Nr. benutzen
(bei Spendern bitte Daten zur Identität unten angeben)
Bitte je Person/Material/Entnahme 1 separater Auftragsschein!**

Ggf. Spenderdaten (bitte in DRUCKSCHRIFT, oder Etikett verwenden):

Name (Spender)	Geb.-Datum (Spender)
Vorname (Spender)	Wie verwandt?
Adresse	

Ärztliche Unterschrift für Auftrag und korrekte Probenzuordnung

Datum: _____ Arztname: _____

X

Ärztliche Unterschrift: _____
(ohne Unterschrift ist eine Bearbeitung nicht möglich)

HLA-Diagnostik / thrombozytäre und granulozytäre Diagnostik - Transplantationsimmunologie

Untersuchungsprofile

Stammzell-/Knochenmarktransplantation (Empf. oder mögl. Spender)

- HLA-Ersttypisierung **Mat1**
- HLA-Bestätigungstypisierung **Mat1**
- "Pre-collection"-Antikörperdiagnostik HLA/HPA **Mat4**
Ggf.inkl. HLA-Crossmatch (Major/Minor)

Organtransplantation (Empfänger oder mögl. Spender)

- HLA-Ersttypisierung **Mat1**
- HLA-Bestätigungstypisierung **Mat1**
- HLA-Crossmatch (Gesamt-Lymphozyten (LCT/CDC)) **Mat2**
- HLA-Crossmatch incl. B/T getrennt (LCT/CDC) **Mat2**
- HLA-Antikörperdiagnostik **Mat3**

nach Transplantation

- Donorspezifische HLA-Antikörper (DSA) **Mat3**

Diagnostik bei:

- V.a. Transfusionsrefraktärität (thrombozytär) **Mat5**
- V.a. Neonatale Alloimmunthrombozytopenie **Mat6**
- V.a. Autoimmunthrombozytopenie **Mat7**
- V.a. Autoimmunneutropenie **Mat5**
- andere Verdachtsdiagnose _____

Sonstige / spezielle Untersuchungen (z.B. KIR, MICA, mHag od. andere)

_____ Absprache vom _____
mit _____ (Mitarbeiter)

Einzeluntersuchungen (z.T. in Profilen enthalten - bitte nur auswählen, wenn Profile allein nicht zutreffen)

HLA-Typisierung Einzelloci (molekular)

- HLA-A HLA-B HLA-C
- HLA-DR HLA-DQ HLA-DP **Mat8**

Antikörpernachweise (bitte alternativ nur auswählen, wenn Profile nicht zutreffen)

- HLA-Antikörper **Mat3**
- thrombozytäre Antikörper **Mat7**
- granulozytäre Antikörper **Mat5**
- Non-HLA-Antikörper
 - AT1 ETA MICA **Mat3**

Erforderliche Probenmaterialien/-mengen (Mat)

(Angaben für Erwachsene; für Kinder ggf. Rücksprache T58503)

- Mat1:** 10 ml Heparinblut, 10 ml EDTA-Blut
- Mat2:** Patient: 10 ml Serumblut, Spender: 10 ml Heparinblut
- Mat3:** 10 ml Serumblut (bei Wartelistenaufnahme: 20 ml)
- Mat4:** 10 ml Serumblut, 20 ml EDTA-Blut, 10 ml Heparinblut
- Mat5:** 10 ml Serumblut, 10 ml EDTA-Blut
- Mat6:** Mutter: 10 ml EDTA-Blut + 10 ml Serumblut;
Vater: 10 ml EDTA-Blut; Kind: 2 ml EDTA-Blut
- Mat7:** 30 ml EDTA-Blut, 10 ml Serumblut
- Mat8:** 10 ml EDTA-Blut, + ggf. Formblatt Einwilligungserklärung nach GenDG (z.B. bei Fragestellung HLA-Assoziation)

*) Die Diagnostik / Laborleistungen für stationäre Patienten (GKV) außerhalb des UKM erfolgt gegen Rechnungstellung (DKG-NT). Mit der Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis.

Für ambulante Patienten, die über die gesetzl. Krankenversicherung (GKV) abgerechnet werden, bitten wir zusätzlich um die Ausstellung eines "Überweisungs-/Abrechnungsscheins für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung" (Formular Nr. 10 der Kassenärztlichen Vereinigung)