

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 och sjukdomens stadium	
Förnamn	Provtagningsdatum	Kundens provnummer	Blodgrupp

BEGÄRDA UNDERSÖKNINGAR	
<input type="checkbox"/> SPRV 005306 <input type="checkbox"/> 005356	HLA1 undersökning B -HLA1 undersökningspaket för patient, stamcellstransplantation B -HLA1 undersökningspaket för familjedonator, stamcellstransplantation
<input type="checkbox"/> SPRV 005308 <input type="checkbox"/> 005370	HLA2 undersökning B -HLA2 undersökningspaket för patient, stamcellstransplantation B -HLA2 undersökningspaket för familjedonator, stamcellstransplantation
<input type="checkbox"/> SPRV 005369	Haploidentisk stamcellstransplantation, leukocytantikroppar S -Leukocytantikroppar, stamcellstransplantation med HLA mismatch
<input type="checkbox"/> SPRV 005353	KIR-genotypning B -KIR, DNA-undersökning (underleverantörsundersökning)
<input type="checkbox"/> SPRV 005357 <input type="checkbox"/> 005406	Nedfrysning av prov B -HLA2 prov av patient för nedfrysning för senare undersökningsbehov, stamcellstransplantation B -HLA2 prov av familjedonator för nedfrysning, stamcellstransplantation
I Testhandboken finns beskrivet innehållet för undersökningspaket.	

BAKGRUNDSINFORMATION
Den undersökta är <input type="checkbox"/> patient som väntar på stamcellstransplantation <input type="checkbox"/> donatorkandidat till patienten <input type="checkbox"/> syster <input type="checkbox"/> bror <input type="checkbox"/> mor <input type="checkbox"/> far <input type="checkbox"/> annan, vad _____
Patientens namn _____ Patientens personbeteckning _____
Antal syskon till patienten som ska undersökas _____
Ytterligare information (t.ex. haploidentisk transplantation) _____ _____ _____
Prov: HLA1: 3 x 7 ml EDTA blod och 10 ml serumrör eller 2 ml serum HLA2: 3 x 7 ml EDTA blod och 10 ml serumrör eller 2 ml serum (HLA1 och HLA2 måste tas vid separata provtagnings- tillfällen) KIR: 1 x 7 ml EDTA blod Leukocytantikroppar: 10 ml serumrör eller 2 ml serum
<input type="checkbox"/> Provet har levererats redan tidigare till Blodtjänsten.

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.