

## Auftrag zur Gewebeverträglichkeitsdiagnostik vor Nierentransplantation

Annahmezeiten für Blutproben: Mo-Do von 8:00 – 14:30, Fr 8:00 – 13:30

**Direktor**  
Dr. med. J. Fischer

**Immungenetisches Labor**  
Dr. rer. nat. J. Enczmann  
Telefon 0211-81-18684/19533  
FAX 0211-81-19109

### Patientendaten (Aufkleber):

(Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Geschlecht(w/m): \_\_\_\_\_

(Nicht vom Auftraggeber auszufüllen)

Labor-Nr: \_\_\_\_\_

Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Erfaßt von: \_\_\_\_\_

### Probeninformation

Probe des Patienten

Probe eines Spenders

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_ Geschlecht(w/m): \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

### Patienteninformation

Diagnose: \_\_\_\_\_

Leukozyten /  $\mu$ l: \_\_\_\_\_

Mögliche immunisierende Ereignisse:

Nierentransplantation \_\_\_\_\_

Schwangerschaft \_\_\_\_\_

Transfusionen \_\_\_\_\_

Einsatz von therapeutischen Antikörpern:

z.B. OKT23 oder Rituximap \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

### Gewünschte Untersuchungen:

HLA-Typisierung 10ml ACD-Blut (Anticoagulanzen Citrat)

AK-Screening (DSA) 10ml Nativblut

Allogenes Crossmatch  
Spender: 10ml Nativblut + 20ml ACD-Blut  
Patient: 10ml Nativblut

Blutgruppenbestimmung bei Lebendspende 10 ml EDTA von Patient und Spender

Spezielle Anforderungen: \_\_\_\_\_

### Befundempfänger (Stationsstempel):

Telefon: \_\_\_\_\_

**Rechnungsempf./Krankenkasse/Kostenträger:** \_\_\_\_\_

Die Identität der entnommenen Blutprobe mit dem Inhalt des/der Probenröhrchen wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Verantwortlicher Arzt  
(Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift u. Stempel