

Laborzuweisung: HLA LABOR – Antikörperdiagnostik (Leitstelle 4i)

BGS-FM

gültig ab: 11.2021

AB 8445/Version 04

Seite 1 von 2

Patient/in, Spender/in (PatientInnenetikette) Zuname: Vorname: geb. am: Geschlecht:	(anfordernde Betriebsstelle oder Bezeichnung des Zuweisers)
---	---

Datum der Blutabnahme	Unterschrift und leserlicher Name der blutabnehmenden Person	Diagnose
------------------------------	---	-----------------

Wir weisen darauf hin, dass Röhrchen mit Namen, Vornamen und Geburtsdatum beschriftet sein müssen. Weiters muss der Einsendeschein vollständig ausgefüllt sein. Mangelhaft beschriftete Röhrchen und Scheine werden nicht bearbeitet!

Graviditäten: ☐ nein ☐ ja (Anzahl): Vortransplantationen: ☐ nein ☐ ja (Anzahl, Organ):
 Transfusionen: ☐ nein ☐ ja (Anzahl, Datum der letzten Transfusion):
 Therapie (IAS, ivIgG, therapeutische Antikörper, ...):

UNTERSUCHUNGSPROFILE (Untersuchungsumfang der Profile 1–9) – Erklärung siehe Rückseite

HLA-Antikörper Bestimmung für eine Registrierung bei Eurotransplant (ET): (1,3 bei Bedarf 4,5,6)

- ☐ NTX 9ml Nativblut und 9ml Heparinblut
☐ PTX ☐ HTX ☐ LuTX ☐ LTX 9ml Nativblut
☐ Quartals-Screening Eurotransplant „PE-Screening“: (2,3 bei Bedarf 4,5) 3x 9ml Nativblut und 3x 9ml Heparinblut

Cell free DNA

Tx Datum:

Evaluierung Lebendspende HLA-Typisierung von pot. Spender und Empfänger erforderlich!

☐ **Virtuelles Crossmatch:** (4,5 bei Bedarf 1)
 Empfänger 9ml Nativblut **potentieller Spender** (Name, Geburtsdatum):
☐ **Zelluläres Crossmatch** – telefonische Terminvereinbarung erforderlich (4,5,7,8 bei Bedarf 1)
☐ Empfänger 9ml Nativblut und 9ml Heparinblut
☐ potentieller Spender 40ml Heparinblut ➔ **für Empfänger** (Name, Geburtsdatum):

Transplantation mit präsumtivem Organspender (1,4,5,7,8)

☐ Spender 50ml Heparinblut/Milz/Lymphknoten ➔ für Empfänger:
☐ Empfänger ☐ NTX ☐ PTX ☐ HTX ☐ LuTX ☐ LTX 9ml Nativblut und 4ml Heparinblut
 bei Transplantation mit Immunapherese: ☐ prae IAS ☐ post IAS Liter

Post-Transplant-Untersuchung: 9ml Nativblut

☐ Bestimmung der donorspezifischen HLA-Antikörper (DSA) ➔ für Spender (4,5 bei Bedarf 1)
HLA-Typisierung von Spender und Empfänger und Transplant-Historie des Empfängers erforderlich!
☐ Post-Transplant-Crossmatch aus kryokonservierten Lymphozyten: nach telefonischer Vereinbarung (4,5,9 bei Bedarf 1)

Stammzelltransplantation:

☐ HLA-Antikörper-Bestimmung (4,5) 9ml Nativblut
☐ Stammzelltransplantation (HSCT) – Crossmatch mit ausgewähltem Spender:
Identer Familienspender oder HLA-kompatibler Spender:
☐ Empfänger (4,5) 9ml Nativblut
☐ Spender (8) 9ml Heparinblut ➔ für Empfänger:
Haplo-idente Stammzelltransplantation:
☐ Empfänger (4,5,8) 9ml Nativ- und 9ml Heparinblut
☐ Spender (4,5,8) 9ml Nativ- und 9ml Heparinblut ➔ für Empfänger:

Bitte ankreuzen:

Tag1

Woche 1

Woche 3

Woche 5

Woche 7

☐ **HLA-Antikörper Bestimmung:** 9ml Nativblut

ANNAHMEZEITEN UND EINSENDEBEDINGUNGEN:
Heparinblut: Mo bis Do: 0–24 Uhr
(ungekühlt) Freitags und vor Feiertagen: 7:30 bis 9:00 Uhr

Nativblut: 24/7
Organspender: 24/7

bitte freilassen	Eingangsdatum:		Paraphe	Eingangsstempel Leitstelle UBT
	Kartei	LX	Paraphe	HL-Protokoll-Nummer