



ŽÁDOST O HLA TYPIZACI

Vyšetřovaná osoba

Dg: _____	
<i>štítek pacienta - zde nalepit</i>	
Jméno: _____	RČ: _____
Status: <input type="checkbox"/> pacient	č. poj.: _____
<input type="checkbox"/> příbuzný pro pacienta:	_____
vztah k pacientovi:	_____

Požadovaná vyšetření

(Zašlete vždy 2 ml krve EDTA)

<input type="checkbox"/> High resolution A*B*C*DRB1*DQB1*DPB1
<input type="checkbox"/> Low resolution A*B*DRB1 (A*B*C*DRB1*DQB1*DPB1)
<input type="checkbox"/> jiné: _____ (specifikuj)
<input type="checkbox"/> CT - konfirmační typizace

Požadující pracoviště

Pracoviště: _____

Lékař: _____
Datum a čas náběru: _____ podpis/razítko: _____



ŽÁDOST O HLA TYPIZACI

Vyšetřovaná osoba

Dg: _____	
<i>štítek pacienta - zde nalepit</i>	
Jméno: _____	RČ: _____
Status: <input type="checkbox"/> pacient	č. poj.: _____
<input type="checkbox"/> příbuzný pro pacienta:	_____
vztah k pacientovi:	_____

Požadovaná vyšetření

(Zašlete vždy 2 ml krve EDTA)

<input type="checkbox"/>	High resolution A*B*C*DRB1*DQB1*DPB1
<input type="checkbox"/>	Low resolution A*B*DRB1 (A*B*C*DRB1*DQB1*DPB1)
<input type="checkbox"/>	jiné: _____ (specifikuj)
<input type="checkbox"/>	CT - konfirmační typizace

Požadující pracoviště

Pracoviště: _____

Lékař: _____
Datum a čas náběru: _____ podpis/razítko: _____