

Žádanka na vyšetření HLA genů

Vyšetřovaná osoba

Jméno a příjmení:

RČ:

Pohlaví: Muž Žena

Pacient

Diagnóza pacienta:

Pojišťovna pacienta:

Příbuzný pro pacienta (jméno a RČ):

Příbuzenský vztah:

Datum a čas odběru:

Osoba provádějící odběr:

Odebraný materiál

Periferní krev v EDTA

Jiný:

Požadované vyšetření

Low resolution A*B*C*DR*DQ*DP (A*B*DR)

High resolution A*B*C*DR*DQ*DP

VT (verifikační typizace)

Jiné (specifikuj):

Požadující pracoviště

Jméno a adresa pracoviště:

Razítko a podpis:

Email:

Nakládání se vzorkem po vyšetření

Uchovat vzorek ne

Využít pro vědecké účely ne

Vyplňuje laboratoř

Č. typizace:

Datum a čas přijetí vzorku:

Převzal: