



## Laboranforderung HLA-Diagnostik für HSCT

- Spendersuche**  verwandt  unverwandt  
**Transplantation**  vor  nach  
 KM  PBSZ

### PATIENT

*Aufkleber*

Name: .....

Vorname: Patient + Station

Geb. Datum: .....

Geschlecht:  w  m

### Diagnose / Indikation

.....

.....

### SPENDER

*Aufkleber*

Name bzw. Spendernummer: .....

Patient + Station

### Verwandtschaftsverhältnis

.....

Abnahmedatum: .....

Arzt: .....

### HLA-Typisierung

**Untersuchungsmaterial:** 20 ml EDTA-Blut (Kinder 10 ml)

- Klasse I (A, B, C)  Klasse II (DR, DQ, DP)  Ersttypisierung  Bestätigungstypisierung  
 HLA-Vorbefund aus anderen Einrichtungen bekannt:  ja (wenn ja, bitte Kopie einfügen)  nein

### Antikörper-Diagnostik

**Untersuchungsmaterial:** s. u.

- HLA-Antikörpersuche/Spezifizierung 10 ml EDTA-Blut
- Crossmatch**
- Standard  B-/T-Lymphozyten 10 ml Citratblut Spender + 10 ml Nativblut Patient
- autologer Crossmatch 10 ml Citratblut Patient + 10 ml Nativblut Patient

### Zur Information für Labor:

- Aktuelle Transfusion  nein  ja wann: ..... Leukozahl: .....
- Aktuelle Infektion/Entzündung  nein  ja
- Immunsuppressiva  nein  ja seit wann: ..... Blasten: .....

### Fremdspenderverfügbarkeit prüfen (beinhaltet keine Aktivierung der Fremdspendersuche):

- ja wenn ja, Unterschrift des Patienten erforderlich: .....
- nein