

Rekvisisjon til IMMI

Transplantasjonsimmunologiske analyser

Pasient <input type="checkbox"/> Innlagt <input type="checkbox"/> Poliklinisk <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann Fødselsnr. (11 sifre): Etternavn: Fornavn: Adresse: Postnr. og sted:	Diagnose, problemstillinger, kommentarer: Type transplantasjon: <input type="checkbox"/> Benmarg/stamceller <input type="checkbox"/> Hjerte <input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Lunge <input type="checkbox"/> Nyre <input type="checkbox"/> Nyre/pancreas <input type="checkbox"/> Øyceller																													
Undersøkelse som bestilles (forklaring til fargekode): <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> ACD-blod (Løsning A, hvis mulig)</td> <td style="width:33%;"><input type="checkbox"/> Fullblod (uten tilsetning)</td> <td style="width:33%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Transplantasjons-/donasjonsutredning</td> <td><input type="checkbox"/> 3 glass</td> <td><input type="checkbox"/> 1 glass</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-typing av avdød donor</td> <td><input type="checkbox"/> 6 glass</td> <td><input type="checkbox"/> 2 glass</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Undersøkelse for HLA-antistoffer</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 1 glass</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Transfusjons-/blodplateproblem</td> <td><input type="checkbox"/> 2 glass</td> <td><input type="checkbox"/> 1 glass</td> </tr> </table> Dette feltet er kun til bruk for laboratoriet.	<input type="checkbox"/> ACD-blod (Løsning A, hvis mulig)	<input type="checkbox"/> Fullblod (uten tilsetning)		<input type="checkbox"/> Transplantasjons-/donasjonsutredning	<input type="checkbox"/> 3 glass	<input type="checkbox"/> 1 glass	<input type="checkbox"/> HLA-typing av avdød donor	<input type="checkbox"/> 6 glass	<input type="checkbox"/> 2 glass	<input type="checkbox"/> Undersøkelse for HLA-antistoffer		<input type="checkbox"/> 1 glass	<input type="checkbox"/> Transfusjons-/blodplateproblem	<input type="checkbox"/> 2 glass	<input type="checkbox"/> 1 glass	Prøvetakingsdato (dd.mm.åå): <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Blodsmitte Har pasienten fått antistoffbehandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, angi hvilket antistoff og når siste injeksjon var: <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:30%; border: 1px solid black; font-size: small;">Rituximab, ATG, alem-tuzumab (MabCampath) eller lignende</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> Har pasienten mottatt blodprodukter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja; dato for siste transfusjon (dd.mm.åå): <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> Har pasienten vært gravid? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Er pasienten i dialyse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Er pasienten tidligere transplantert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei							Rituximab, ATG, alem-tuzumab (MabCampath) eller lignende							
<input type="checkbox"/> ACD-blod (Løsning A, hvis mulig)	<input type="checkbox"/> Fullblod (uten tilsetning)																													
<input type="checkbox"/> Transplantasjons-/donasjonsutredning	<input type="checkbox"/> 3 glass	<input type="checkbox"/> 1 glass																												
<input type="checkbox"/> HLA-typing av avdød donor	<input type="checkbox"/> 6 glass	<input type="checkbox"/> 2 glass																												
<input type="checkbox"/> Undersøkelse for HLA-antistoffer		<input type="checkbox"/> 1 glass																												
<input type="checkbox"/> Transfusjons-/blodplateproblem	<input type="checkbox"/> 2 glass	<input type="checkbox"/> 1 glass																												
Rituximab, ATG, alem-tuzumab (MabCampath) eller lignende																														

Mulige givere av organ eller benmarg/stamceller					Hvis blodprøver fra levende giver(e) sendes uten pasientprøve, vennligst angi øverst på arket hvilken pasient det gjelder!
	Etternavn	Fornavn	Fødselsnr.	Slektskap	Kun til bruk for laboratoriet
1.					
2.					
3.					
4.					

Hvis flere mulige givere, vennligst benytt baksiden av arket.

Rekvirent	Avd/sykehus	Adresse	Telefon
-----------	-------------	---------	---------