

Patient*innendaten

Klinik / Station / Praxis

Anforderungsschein Immungenetik UKF

Bitte beachten Sie, dass Proben ohne vollständige Angabe von Namen und Geburtsdatum nicht bearbeitet werden können.

Diagnose / Indikation: _____

HLA-Typisierung 10 ml EDTA-Blut (vor der Aufnahme auf die Warteliste 30 ml)

Blutabnahmedatum: _____

- Ersttypisierung Cornea (A*/B*/DRB1*)
- Retypisierung
- Familientypisierung (Bitte unbedingt das Ergänzungsformular "Familientypisierung" ausfüllen.)
- Einzelantigenbestimmung Welches Antigen? _____
(nur mit Einverständniserklärung)

(Verdachts-) Diagnose: _____

HLA-/HPA-Antikörper 20 ml Nativblut (Serum)

Blutabnahmedatum: _____

- Diagnostik **vor** Transplantation Thrombozytäre Antikörper (Anti-HPA/Anti-HLA-I)
(10 ml Serum; 10 ml EDTA-Blut)
- Diagnostik **nach** Transplantation (7,5 ml)
(Therapiekontrolle, Rejektionsdiagnostik)
- Komplement (C3d)-bindende HLA-Antikörper HLA-Antikörper (IgG)
- Z. n. Transplantatektomie: nein ja ggf. Datum der Ektomie: _____
- Anamnestische Angaben: _____ (z. B. Schwangerschaften, Transplantationen, Transfusionen)

Aktuelle immunsuppressive Therapie: _____

Crossmatch

Blutabnahmedatum: _____

- Lebendorganspende Name des Organspenders: _____
Empfänger: 20 ml EDTA-Blut, 10 ml Nativblut (Serum)
Spender: 20 ml EDTA-Blut Geburtsdatum des Organspenders: _____
- Organangebot
Empfänger: 20 ml EDTA-Blut, 10 ml Nativblut (Serum)

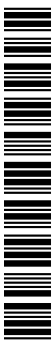
Prospektiver Spender (ET-Nummer): _____
20 ml EDTA-Blut und/oder Milzstück

ABO-inkompatible Transplantation

- Blutgruppenbestimmung und AKS Anforderungen an das Immunhämatologische Labor
(10 ml EDTA) (siehe gesondertes Formular)
- Isoagglutinintiter

Datum

Unterschrift und Stempel bei Probenentnahme/
für Richtigkeit Patient*innendaten



60123289 FormManFR / 27.01.2025