(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
DOKU TİPLENDİRME TEST İSTEM FORMU

HASTA BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		**T.C. Kimlik No**	
Protokol No		**Doğum Tarihi**	
Cinsiyet		**Kan Grubu**	
Tanı		**İsteyen Birim**	

İSTEM NEDENİ	Evet	Hayır	Açıklama
Böbrek nakli	☐	☐	
Karaciğer nakli	☐	☐	
Kalp / akciğer nakli	☐	☐	
Allojeneik kök hücre nakli	☐	☐	
Bekleme listesi izlemi	☐	☐	
Nakil sonrası izlem	☐	☐	
Hastalık ilişkisi (HLA-B27 vb.)	☐	☐	
İlaç duyarlılığı (HLA-B*57:01 vb.)	☐	☐	
Diğer	☐	☐	

ALICI / DONÖR			
Kişi (alıcı / donör)		**Donör ile Yakınlık Derecesi**	
Eşleşen Kişinin Adı Soyadı		**Eşleşen Kişinin Protokol No**	

İSTENEN TESTLER	Evet	Hayır	Açıklama
HLA sınıf I (A, B, C) tipleme	☐	☐	
HLA sınıf II (DRB1, DQB1) tipleme	☐	☐	
Yüksek çözünürlüklü HLA tipleme	☐	☐	
HLA antikor taraması	☐	☐	
HLA tek antijen / DSA	☐	☐	
CDC çapraz karşılaştırma	☐	☐	
Akım sitometrik çapraz karşılaştırma	☐	☐	
HLA-B27	☐	☐	
HLA-B*57:01	☐	☐	
Kimerizm analizi	☐	☐	

YORUMU ETKİLEYEBİLECEK BİLGİLER			
Son Transfüzyon Tarihi		**Gebelik Sayısı**	
Önceki Nakil (tarih)		**Desensitizasyon / Antikor Tedavisi**	
Kök Hücre Nakli Tarihi (kimerizm için)		**Diğer**	

NUMUNE			
Numune Türü / Tüp		**Alınma Tarihi ve Saati**	
Numuneyi Alan		**İstem Tarihi ve Saati**	

İstemi Yapan Hekim (imza / kaşe)
Adı Soyadı:
Tarih / Saat:
İmza:

Bu örnek doküman Prokalite tarafından hazırlanmıştır. Kurumunuzun yapısına, yürürlükteki mevzuata, Sağlık Bakanlığı rehberlerine ve güncel bilimsel kaynaklara göre uyarlanmalı; ilaç, doz ve süre bilgileri kurumun yetkili hekim ve eczacıları tarafından doğrulanmalıdır.