

آزمایشگاه تشخیص طبی شیلا

پرسشنامه HLA Typing

تاریخ مراجعه:	شماره پذیرش:	ارسالی از آزمایشگاه:
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:
محل تولد:	تاریخ تولد:	نام مادر:
شماره تماس:	نوع بیماری:	نام پزشک:
تاریخ تزریق خون:	گروه خون:	سابقه سقط و بارداری:
سابقه پیوند: بله ☐ خیر ☐	سابقه شیمی درمانی: بله ☐ خیر ☐	سابقه دیالیز بله ☐ خیر ☐
تاریخ پیوند:	تاریخ شیمی درمانی:	تاریخ آخرین دیالیز:
نسبت تنی با پدر: دارد ☐ ندارد ☐	نسبت تنی با مادر: دارد ☐ ندارد ☐	نسبت خونی پدر و مادر:
آدرس:		

نکته قابل توجه: اگر خود بیمار (گیرنده پیوند) این آزمایش را قبلا انجام داده، ارسال برگه جواب بیمار الزامی میباشد.

فرد اهدا کننده ۱	نام و نام خانوادگی	کد ملی	محل تولد:
	تاریخ تولد:	نسبت فرد با گیرنده:	نام پدر: تنی ☐ ناتنی ☐
	نام مادر: تنی ☐ ناتنی ☐	جنسیت:	نسبت خونی پدر و مادر:
فرد اهدا کننده ۲	نام و نام خانوادگی	کد ملی	محل تولد:
	تاریخ تولد:	نسبت فرد با گیرنده:	نام پدر: تنی ☐ ناتنی ☐
	نام مادر: تنی ☐ ناتنی ☐	جنسیت:	نسبت خونی پدر و مادر:
فرد اهدا کننده ۳	نام و نام خانوادگی	کد ملی	محل تولد:
	تاریخ تولد:	نسبت فرد با گیرنده:	نام پدر: تنی ☐ ناتنی ☐
	نام مادر: تنی ☐ ناتنی ☐	جنسیت:	نسبت خونی پدر و مادر:

توجه نمونه مورد نیاز جهت انجام آزمایش Typing HLA خون تام روی EDTA میباشد.

* بیمار می بایست حداقل ۱۰ روز قبل از انجام آزمایش خون کامل دریافت نکرده باشد. دریافت PC RBC و Platelet بلامانع است.

* مهم است قبل از انجام آزمایش HLA شمارش WBC کنترل شود تا بیشتر از ۲۰۰۰ میکرولیتر باشد.

نکات مهم:

(۱) تکمیل کلیه موارد ستاره دار در خصوص مشخصات گیرنده و دهنده الزامی است.

(۲) اگر بیمار سابقه انجام دیالیز دارد قید شود برای بیمارانی که نارسایی کلیوی دارند به نحوی زمان خونگیری تنظیم گردد که حداکثر زمان ۴۸ ساعت از آخرین دیالیز گذشته باشد.

(۳) تاکید میگردد که نسبت واقعی فرد اهداکننده با فرد گیرنده پیوند در قسمت مربوطه درج شود.

(۴) نسبت خونی پدر و مادر در صورت مثبت بودن قید شود. (بعنوان مثال: پسر دایی- دختر عمه، پسر عمو دختر عمو و ...)