



پرسشنامه مشخصات مراجعین HLA TYPING

تاریخ مراجعه : / /	شماره پذیرش نور :	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 <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	* سابقه شیمی درمانی : بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	* سابقه دیالیز : بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
* تاریخ پیوند : / /	* تاریخ شیمی درمانی : / /	* تاریخ آخرین دیالیز : / /
* نسبت تنی با پدر : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	* نسبت تنی با مادر : دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	
* آدرس :		

فرد گیرنده پیوند

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

* نام و نام خانوادگی :	* کد ملی :
* محل تولد :	* تاریخ تولد : / /
* نسبت با فرد گیرنده :	* نام پدر : * نام مادر :
* تنی <input type="checkbox"/> ناتنی <input type="checkbox"/>	* جنسیت : مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>

فرد اهدا کننده ۱

* نام و نام خانوادگی :	* کد ملی :
* محل تولد :	* تاریخ تولد : / /
* نسبت با فرد گیرنده :	* نام پدر : * نام مادر :
* تنی <input type="checkbox"/> ناتنی <input type="checkbox"/>	* جنسیت : مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>

فرد اهدا کننده ۲

* نام و نام خانوادگی :	* کد ملی :
* محل تولد :	* تاریخ تولد : / /
* نسبت با فرد گیرنده :	* نام پدر : * نام مادر :
* تنی <input type="checkbox"/> ناتنی <input type="checkbox"/>	* جنسیت : مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>

فرد اهدا کننده ۳

توجه : نمونه مورد نیاز جهت انجام آزمایش HLA TYPING خون تام روی EDTA می باشد.

- بیمار میبایست حداقل ۱۰ روز قبل از انجام آزمایش خون کامل دریافت نکرده باشد . دریافت RBC PC 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 اهدا کننده با فرد گیرنده پیوند در قسمت مربوطه درج گردد.

نام و نام خانوادگی فرد تکمیل کننده فرم :

امضا :