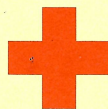


Begleitschein für Bluteinsendungen Transfusions- und Transplantationsimmunologie



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

DRK-Blutspendedienst Nord-Ost
gemeinnützige GmbH
Berlin | Brandenburg | Hamburg
Sachsen | Schleswig-Holstein

Akkreditierte HLA-Laboratorien nach den Standards
der Europäischen Gesellschaft für Immungenetik

Institut Cottbus
Thiemstraße 105
03050 Cottbus
Tel.: 0355 4995-179
Fax: 0355 4995-242
Institutsleiterin:
Irene Sopivnik

Institut Dresden
Blasewitzer Straße 68/70
01307 Dresden
Tel.: 0351 44508-880
Fax: 0351 44508-885
Institutsleiter:
Univ.-Prof. Dr. med. Torsten Tonn

Praxis für Transfusionsmedizin
Univ.-Prof. Dr. med. Torsten Tonn
Blasewitzer Straße 68/70
01307 Dresden
Tel.: 0351 44508-118
Fax: 0351 44508-119

Auftragsnummer / Probenerfassung

Einsender
(Einrichtung/Stempel)

Rechnungsempfänger
(wenn nicht ident mit Einsender)

Patient:
Name, Vorname (Etikett)
Geburtsdatum (Etikett)
Diagnose
Indikation für die Untersuchung

Angehöriger:
(bei Familienuntersuchungen)
Name, Vorname
Geburtsdatum
Verwandtschaftsgrad

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNGEN

HLA-Merkmalbestimmung (serol./molekularbiol.) (5 ml EDTA)

(bei Patienten mit kritischer Leukozytenzahl ist als Probenmaterial die
Einsendung eines Mundschleimhautabstriches nach Rücksprache möglich)

- HLA-ABC+DRB1 / DQB1/DPB1** Typisierung / HLA-Klasse I und II
(Vorbereitung zur allogenen Transplantation bei Patienten,
Familiientypisierungen zur Spendersuche)
 Einfeldauflösung (low) *Zweifeldauflösung (high)*
- HLA-ABC+DRB1 / DQB1/DPB1** Typisierung / HLA-Klasse I und II
(Retypisierung/Bestätigungstypisierung vor Stammzellentransplantation)
 Zweifeldauflösung (high) *Dreifeldauflösung/Sequenzierung*
- HLA-AB(C)-Typisierung** / HLA-Klasse I
(z. B. für HLA-kompatible Thrombozytentransfusion)
 Einfeldauflösung (low) *Zweifeldauflösung (high)*

Bestimmung krankheitsassoziierter HLA-Merkmale (5 ml EDTA) **KEINE transfusionsassoziierten Leistungen!!!**

Als Unterstützung bei der Diagnosesstellung durch
die Assoziation des Merkmals zu bestimmten Krankheiten

Hinweis: Schriftliches Einverständnis des Patienten

entsprechend des Gendiagnostikgesetzes erforderlich!

- HLA-B 27** (Morbus Bechterew, Rheumatische Arthritis)
- HLA DR2** (DRB1*15:01,DQA1*01:02,DQB1*06:02) - Narkolepsie
- HLA DR 3 , HLA-DR4** (Diabetes mellitus Typ 1)
- HLA-B*57:01** (Hypersensibilität gegenüber Abacavir)
- HLA-DQ2, 7, 8** (DQB/DQA-Assoziation) - Zöliakie

andere HLA-Merkmale:

Weitere Merkmalbestimmungen vor der Transfusion (5 ml EDTA)

- HPA-Merkmale** (Thrombozytenmerkmale)
- HNA-Merkmale** (Granulozytenmerkmale)
- ABO-Blutgruppenmerkmale**
- Rh-Formel**
- Rh-Faktor D** (weak D, partial D)

weitere BG-Merkmale:

Cito-Untersuchungen nach Rücksprache möglich!

Antikörperbestimmungen (5 ml NATIVBLUT oder 2 ml Serum)

- HLA-Alloantikörper** mit Spezifizierung
Testmethode: LCT, Bead-Array
- HLA-Autoantikörper** (zusätzlich 10 ml EDTA-Blut)
Testmethode: LCT
- HPA-Alloantikörper** mit Spezifizierung (thrombozytäre Ak)
Testmethode: Bead-Array, MAIPA
- HPA-Autoantikörperbestimmung** (zusätzlich 20 ml EDTA-Blut)
Testmethode: Bead-Array, MAIPA
- HNA-Alloantikörper** mit Spezifizierung (granulozytäre Ak)
Testmethode: Bead-Array, GIFT, GAT

ORGANTRANSPLANTATION

- Aufnahme auf die Warteliste**
HLA-ABC+DRB1,DQA1,DQB1,DPB1,DPA1-Typisierung, (10 ml EDTA- und
Antikörper-Status und autologes CrossMatch 20 ml Nativblut)
- Typisierung** (Spender für Lebend-TX) (10 ml EDTA-Blut)
- Retypisierung** (Spender/Patient) (10 ml EDTA-Blut)
- Quartalscreening**
Testmethode: LCT, Bead-Array (20 ml Nativblut)
- Antikörperscreening** nach Immunisierungsereignissen
Testmethode: LCT, Bead-Array (20 ml Nativblut)
- DSA** vor Transplantation (10 ml Nativblut)
Testmethoden: LCT Bead-Array
- DSA** bei humoraler Rejektion (Bead-Array) (10 ml Nativblut)
- Routinescreening** nach NTX (Bead-Array) (10 ml Nativblut)

Kreuzproben (CrossMatch) für Organtransplantationen

Testmethode: LCT

- CrossMatch** bei Lebend-TX vom Spender (20ml EDTA-Blut)
vom Empfänger (10 ml Nativ- und
20 ml EDTA-Blut)
- CrossMatch** autolog (10 ml EDTA, 10 ml Nativblut)

Datum und Uhrzeit der Blutentnahme

Blutentnahme durchgeführt Unterschrift

Blutröhrchen ist beschriftet, Identität wird bescheinigt.
Unterschrift und Stempel des Arztes