

Patiëntgegevens

BSN* _____

ACHTERNAAM* _____

VOORNAAM / VOORLETTERS* _____

GEBOORTEDATUM* _____ GESLACHT* man
 vrouw

STRAATNAAM + HUISNR _____

POSTCODE + WOONPLAATS _____

ZORGVERZEKERAAR + POLISNR _____

UW REFERENTIENUMMER _____ *verplicht veld

Unit HLA tel. 088-7557671
Huispostnummer F03.722
Postbus 85500
3508 GA Utrecht

Bezoekadres:
Heidelberglaan 100
3584 CX Utrecht

cdl-hla@umcutrecht.nl

Website: www.cdl-umcu.nl

Let op: download dit formulier voor optimale werking

Contactgegevens aanvrager

Naam organisatie _____ Naam arts _____

Adres _____ Telefoonnummer _____

Monsterinformatie

Afnamedatum:-.....-.....

Afnametijd: : uur

HLA diagnostiek

NIER-TX	SCT	HART-TX-patiënt																					
PATIËNT Nier-TX <input type="checkbox"/> 1 ^e HLA-typering + HLA-AS ● & ● <input type="checkbox"/> 2 ^e HLA-typering + HLA-AS ● & ● <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen 3 mnd. screening ● <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen pre-transplantatie ● TX datum: - - <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen 4 wk na transfusie ● Transfusie datum: - - <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen post transplantatie ectomie ● Ectomie datum: - - Mnd post ectomie: <input type="checkbox"/> 1 maand <input type="checkbox"/> 2 maanden <input type="checkbox"/> 3 maanden <input type="checkbox"/> > 3 maanden <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen ivm NTX rejectie ●	PATIËNT Autoloog SCT <input type="checkbox"/> HLA-typering AB low ● <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen LSM ● PATIËNT Allogene search SCT MUD/familie <input type="checkbox"/> 1 ^e typ + HLA-AS ● & ● <input type="checkbox"/> 2 ^e typering ● <input type="checkbox"/> Search prognose (alleen i.c.m. HLA-typering) <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen LSM ● <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen Luminex (kl.1) ● <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen Luminex (kl.2) ● FAMILIE SCT <input type="checkbox"/> Familie 1 ^e HLA-typering ● Relatie: <input type="checkbox"/> Familie 2 ^e HLA-typering ●	<input type="checkbox"/> HLA-typering ● <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen ● <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen ivm rejectie ● <input type="checkbox"/> HTX 3mnd Screening ● LONG-TX-patiënt <input type="checkbox"/> HLA-typering ● <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen ● <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen ivm rejectie ● <input type="checkbox"/> LTX 3mnd Screening ● CORNEA-patiënt <input type="checkbox"/> HLA-typering ● <input type="checkbox"/> HLA-antistoffen ● HLA gerelateerde ziekte associatie <input type="checkbox"/> HLA A29 ● <input type="checkbox"/> HLA B15:02 ● <input type="checkbox"/> HLA B27 ● <input type="checkbox"/> HLA B27/B51 ● <input type="checkbox"/> HLA B57:01 ● <input type="checkbox"/> HLA DQ2/8 ●																					
FAMILIE / NIERDONOR NTX <input type="checkbox"/> 1 ^e HLA-typering ● Relatie: <input type="checkbox"/> 2 ^e HLA-typ. + kruisproef ● & ● (contact opnemen voor opsturen!)	Algemeen <input type="checkbox"/> HLA antistoffen ●	Overig <table border="1"> <thead> <tr> <th>Low res</th> <th>High res</th> <th>Locus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>HLA A ●</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>HLA B ●</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>HLA C ●</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>HLA DR ●</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>HLA DQ ●</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>HLA DP ●</td></tr> </tbody> </table>	Low res	High res	Locus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA A ●	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA B ●	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA C ●	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA DR ●	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA DQ ●	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA DP ●
Low res	High res	Locus																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA A ●																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA B ●																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA C ●																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA DR ●																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA DQ ●																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HLA DP ●																					

Materiaal

- = 2x EDTA 6 ml
- = 4x Serum 6 ml
- = 1x EDTA 6 ml
- = 1x Serum 6 ml
- = 1x Heparine 9 ml

Klinische vraagstelling