Institut für Transfusionsmedizin und Immunologie Mannheim

DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg-Hessen gemeinnützige GmbH Friedrich-Ebert-Str. 107, 68167 Mannheim Ärztlicher Direktor: Univ.-Professor Dr. med. Harald Klüter

Patient: (Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift)



Granulozytenimmunologie Transplantationsimmunologie Stammzell-Labor Molekularbiologie Tel. 0621 / 3706 – 8039 Tel. 0621 / 3706 - 8039 Tel. 0621 / 3706 - 8124

Tel. 0621 / 3706 - 837 Fax: 0621 / 3706 - 851

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001 und akkreditiert nach DIN EN ISO 15189

Einsender:		(DAkkS	П	stationär		☐ privat (Wahlleistung)	
Telefon für Rückfragen:		Deutsche Akkreditierur D-ML-17345-	gsstelle	ambulant (Überweisung			
Fax für B	efunde:			ambulant (Oberweisung	jsschein)	☐ Krankenkasse	
Diagn	ose:						
	Schein immer vollständig (Name, Vorname, GebDate				l Unterschri	ft des Arztes) ausfüllen	
ansplantationsdiagnostik/HLA		Mo	Molekulare Diagnostik				
ammzel	Itransplantation	Blo	ıtgrup	penbestimmung (5 m	l EDTA-Blı	ıt)	
E■	Patient, Ersttypisierung		Е	AB0 Genotypisierung			
E■	Familientypisierung		Е	Rhesus-CDE/D ^{weak} Genotypisierung			
E■	Bestätigungstypisierung Familienspender		Е	Genotypisierung K □, Jk □, Fy □, MNS □			
E■	Einleitung Fremdspendersuche (Auftrag + Bestätigungstypisierung hochauflösend)		Е	Genotypisierung weiterer Merkmale:			
eitere HLA-Diagnostik			Chimärismusanalyse (10 ml EDTA-Blut)				
E■	Patient Organtransplantation (HLA-ABC, -DRB1, -DQB1 niedrigauflösend)		Е	HLA			
E■	Krankheitsassoziationen (z.B. Zöliakie):		Е	Molekulare Polymorphismen (STR-Systeme)			
E■	HLA-ABC ☐, -DRB1 ☐, -DQB1 ☐, weitere ☐: niedrigauflösend ☐ hochauflösend ☐	Мо	lekula	rbiologie von Immundefektgenen (10 ml EDTA-Blut)			
E■	CCR5 Genotyp: Ersttypisierung ☐ Bestätigungstypisierung ☐		E	Wiskott-Aldrich-Syndrom (WAS) ¹			
V	Nachweis und Spezifizierung freier HLA-Antikörper: Transfusion ☐ Transplantation ☐		Е	Rekombinase aktivierendes Gen ₁ (RAG ₁) ¹			
∨ ■	Lymphozyten-Kreuzprobe (LCT) + E ■ Spender (nur nach telefonischer Rücksprache mit dem Labor)		E Rekombinase aktivierendes Gen ₂ (RAG ₂) ¹				
			E	Common gamma chair	ı (yC) XSCIE)1	
			E	Purinnukleosidphosphorylase ¹			
ranulozytendiagnostik			Achtung! Bei Postversand bitte nur von <u>Montag bis Mittwoch</u> oder nach telefonischer Anmeldung <u>per Eilboten</u> aufgeben!				
V	Nachweis und Spezifizierung freier antigranulozytärer A körper	nti- Zei	chener	klärung:			
E20, ∨ ■	Nachweis und Spezifizierung gebundener antigranuloz Antikörper (nur nach telefonischer Rücksprache mit den Labor)	i 1 =	er 1 = Untersuchung erfolgt in einem akkreditierten und zertifizierten Labor des DRK-Blutspendedienstes				
V	Granulozyten – Crossmatch + E ■ Spender				E = EDTA E20 = EDTA		
Е	Genotypisierung granulozytärer Antigene	C =	C = Citratblut		U = Urin, miı	ndestens 20ml	
V,U,	medikamentenabhängige antigranulozytäre Antikörper	■=	■ = nicht kühl lagern!		M = Medika	ament	
□ €	Abklärung bei Verdacht auf neonatale Immunneutropen (NIN)	ie An	Anmerkungen:				
ammze	ell-Diagnostik						
imatopo	etische Stammzellen (5 ml EDTA-Blut)	Blu	entnahm	ne durch (bei Delegation):			
Е	CD34 – Bestimmung (mittels FACS)						
Е	CD3 – Bestimmung (mittels FACS)		Datum Uhrzeit Unterschrift Name (Druckbuchstaben) Verantwortlich für die Identität der Probe sowie Anforderung der Laborleistung:				
		Dat	um	Uhrzeit Unters	chrift Arzt	Name (Druckbuchstaben)	