

REMISS HLA-TYPNING STAMCELLSTRANSPLANTATION OCH SJUKDOMSASSOCIATION			
Svar till: (avd, klinik, adress, kostnadsställe)		Identitet: (personnummer och namn)	
Remitterande läkare:		Prov avser:	
Debitering: (om annan än svarsomtagare)		<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> (Potentiell) donator; anhörig till: (personnummer, namn, relation)	
Provtagningstid:			
Datum: Klockslag:		<input type="checkbox"/> Akut, svar senast:	
ID-kontroll: (provtagarens namnteckning)		<input type="checkbox"/> Blodsmitta	
Orsak provtagning:			
<input type="checkbox"/> Preparering och frysning av DNA			
<u>Familjeutredning</u>	<u>Haplotransplantation</u>	<u>URD-sökning</u>	<u>Navelsträngsdonator</u>
<input type="checkbox"/> Typning	<input type="checkbox"/> Typning	<input type="checkbox"/> Typning	<input type="checkbox"/> Typning
<input type="checkbox"/> Retypning	<input type="checkbox"/> Retypning	<input type="checkbox"/> Retypning	<input type="checkbox"/> Utvidgad typning
			<input type="checkbox"/> Kontrolltypning
<input type="checkbox"/> HLA-typning vid sjukdomsassociation, HLA-antigen:			
<input type="checkbox"/> HLA-typning vid trombocytrefraktäritet			
<input type="checkbox"/> Specificitetsbestämning av HLA-antikroppar			
<input type="checkbox"/> Specificitetsbestämning av HLA-antikroppar vid trombocytrefraktäritet			
Diagnos, kliniska uppgifter:			
Laboratoriets anteckningar:			
<small>Biobankslagen Inskickande av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har informerats enligt bionknslagen och om att personuppgifterna sparas samt att patienten vill att provet ska sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet <input type="checkbox"/> Patienten vill inte att provet sparas, för ett eller flera ändamål. Nej-talong bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är oförmögen att lämna samtycke och provet sparas tills vidare, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur.</small>			

Information om laboratoriets ackreditering finns på Transplantationsimmunologiskt laboratorium.

Provtagningsanvisningar, se remissens baksida



Kontaktuppgifter: Transplantationsimmunologiskt laboratorium, Klinisk Immunologi och Transfusionsmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Vita Stråket 13, 413 45 Göteborg. Tel. 031-342 17 46

PROVTAGNINGSANVISNINGAR

Provmärkning och identitetskontroll:

Innan provtagning påbörjas skall provtagningsrör märkas med patient/donators identitetsuppgifter samt provtagningsdatum. Lossnar etikett från rör efter att prov tagits skall provet kasseras.

Vid provtagning skall identitetskontroll utföras. Uppgifter på rör och remiss kontrolleras mot patient/donators identitetshandling, alt. att patient/donator själv anger sitt namn och personnummer. För nyfödda barn anges på remiss och rör: födelsedatum (år, månad, dag), efternamn, kön och barnnummer.

Försäkran om utförd identitetskontroll:

Provtagaren MÅSTE på avsedd plats på remissen med sin namnunderskrift intyga att identitetskontroll har utförts i enlighet med SOSFS 2009:29. **Prov vars tillhörande remiss saknar provtagarens namnunderskrift kommer ej att analyseras.**

Provhantering och hållbarhet:

Inför transport skall prov förvaras ocentrifugerat vid rumstemperatur. Prov skall transporteras i provtagningshylsa.

För att prov ska kunna analyseras måste det vara Transplantationsimmunologiska laboratoriet tillhanda inom följande tidsramar efter provtagning:

Prov för HLA-typning inkl. sjukdomsassociation: 1 vecka

Prov för specificitetsbestämning av HLA-antikroppar: 4 dygn

Prov som ej tagits enligt gällande föreskrifter, t.ex. där remissen saknar provtagarens namnunderskrift, kommer ej att analyseras.

Provmängd

HLA-typning och övriga frågeställningar: 1x6 mL EDTA

HLA-typning vid sjukdomsassociation: 1x6 mL EDTA

Konfirmerande HLA-typning

För HSCT patienter/anhöriga ska den konfirmerande typningen tas vid ett separat tillfälle.

Vid akuta fall kan de tas vid samma dag om datum och tid anges på remissen.