

# Labor Transplantationsimmunologie (Molekulargenetik)

Am Klinikum 1, D-07747 Jena, Telefon: 03641-9396873, FAX: 03641-9396872

IH-TPI-1

Transplantation / molekulargenetische Typisierung

23.08.2018

**Patient/Spender** (Intern: Patienten Barcode-Etikett)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  M  W  
Adresse: \_\_\_\_\_

**Einsender** (Intern: Kostenstellenbarcode)

Name (Klinik): \_\_\_\_\_  
Station: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Status**

Stationär  
 Kasse ambulant  
Kasse:.....  
+  Überweisung  
(Bitte Überweisung nicht vergessen!)  
 Privat  Selbstzahler  
 Forschung

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Probeneingang nach max. 24h; frostfrei und unter 30 °C

Infektiös ? :

**Knochenmarktransplantation**

1. Typisierung  2. Typisierung  
 Empfänger/Patient  Spender  
 Familientypisierung  
Zugehöriger Patient:.....  
Kernfamilie:  
 Vater  Mutter  
 Bruder  Schwester  
erweiterte Familie: .....

**Material**

Zitratblut 10 ml

**Krankheitsassoziationen**

B\*27  B\*5701  DRB1\*04XX  
 DQB1\*03XX  
 Zöliakie  
 Narkolepsie  
 Sonstiges: .....  
Untersuchung nur mit vom Patienten  
und Arzt unterschriebenem  
Gendiagnostik Einwilligungsfomular!

**Material**

Zitratblut 10 ml

**Transplantation Solider Organe**

(Bei Multi-Organ-Tx bitte alle zutreffenden ankreuzen)

Lunge  Leber  Niere  Herz  
 Pankreas  Cornea  Sonstiges: .....  
 Empfänger  
 Organspender  
 Kadaver  
 Lebend  
 AB0-inkompatibel  
Spender-Empfänger Beziehung: \_\_\_\_\_

Zitratblut 10 ml

**KIR-Typisierung**

KIR-Typisierung Spender  
Zugehöriger Empfänger:  
.....

Zitratblut 10 ml

**Typisierung von Plättchenantigenen**

HPA

Zitratblut 10 ml

**Typisierung zusätzlicher, spezieller HLA-Loci:**

DPB1\*  DPA1\*  DQA1\*

Zitratblut 10 ml

**Kompatible Blutspender/KMS**

Kompatible Blutplättchen  
 pot. KMT-Spender (Spenderdatei)

Zitratblut 10 ml

Diagnose, Patienteninformationen, Medikamentengabe, Vortypisierungen, transplantiertes Organ (Bitte unbedingt ausfüllen!)

Arztstempel, Unterschrift des Arztes, Kontaktdaten (ohne diese Daten keine Bearbeitung!)

Telefon:  
FAX: