



Telefon Zentrale Annahme: 031 632 29 79  
 Telefon Labor: 031 632 22 90

Mo-Fr 08 - 17.00 Uh  
 Homepage: www.zlm.insel.ch

Fax: 031 632 48 84  
 E-Mail: zlm-annahme@insel.ch

## Auftragsformular Molekulare Immundiagnostik

### Patient

Name..... Geburtstag .....Tag .....Monat .....Jahr  
 Adresse .....  
 PLZ Ort .....  
**Rechnung an:**  Patienten (bitte vollständige Adresse)  
 Auftraggeber

### Einsender

Name ..... Entnahmedatum ..... Entnahmezeit .....  
 Adresse ..... Arzt Tel./ Sucher .....  
 .....  
**Klinische Angaben**.....  
 .....

### Untersuchungsmaterial

<b>HLA-Typisierung:</b>	<b>7.5 ml EDTA-Blut</b>	<b>Luminex SAB:</b>	<b>7.5 ml Nativblut</b>
<b>XM Empfänger:</b>	<b>7.5 ml Nativblut</b>	<b>Luminex LSM:</b>	<b>7.5 ml Nativblut</b>
<b>XM Lebendspender:</b>	<b>4 x 7.5 ml EDTA-Blut</b>	<b>Serumversand:</b>	<b>7.5 ml Nativblut</b>

#### HLA-Typisierung allgemein

HLA Klasse I und II (A, B, C, DR, DQ, DP)  
 HLA Klasse I (A, B, C)  
 HLA Klasse II (DR, DQ, DP)

#### Cross-Match (XM)

XM für nicht-Lebendspender  
 XM Empfänger  
 XM Lebendspender  
 Name, Vorname, Geburtsdatum des Empfängers:

#### HLA-Typisierung Organ-Empfänger /-Spender

Organ-Empfänger	Organ-Spender
Herz	Herz
Niere	Niere
Leber	Leber
Knochenmark	Knochenmark
anderes Organ:	

#### Antikörperbestimmung

Antikörperspezifität (Luminex)  
 Donor-spezifische Antikörper (DSA)  
 Transplantiert am:

#### HLA-Typisierung spezifische Allele

Zöliakie	HLA-A*29
Narkolepsie (DQB1*06:02)	HLA-B*27
	HLA-B*51
HLA-A*31 <sup>Ⓢ</sup>	
HLA-B*57:01 <sup>Ⓢ</sup>	
anderes Allel (nur nach Absprache):	

#### Serumversand

Versand Serum für prospektiven XM

Ⓢ Einverständniserklärung für genetische Untersuchungen erforderlich:

<http://www.zlm.insel.ch/de/auftragsformulare/Transplantations- und molekulare Immundiagnostik>