****

**SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM w SZCZECINIE**

**Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej SPSK-2**

**al. Powstańców Wielkopolskich 72**

**70-111 Szczecin**

**Pracownia HLA tel./ faks: 91 466 12 60**

**e-mail: immunolab@spsk2-szczecin.pl**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ośrodek zlecający (adres, telefon/ faks): |  | Lekarz zlecający:Data: | Osoba pobierająca materiał:Data |
|  |
| **DANE CZŁONKA RODZINY CHOREGO PACJENTA:** |
| **NAZWISKO:** | **IMIĘ:**  **PŁEĆ: K** ⁬ **M** ⁬ |
| **ADRES** .............………………………………..…… **-**⁬⁬⁬(miejscowość) (kod)……….…………..…………………………….…… ….………………………… (ulica, numer domu) (nr telefonu)  | **PESEL/ DATA URODZENIA** ∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟ |
| WAŻNE - prosimy o uzupełnienie poniżej rubryki!**Nazwisko i imię chorego pacjenta:****PESEL:** |

|  |
| --- |
| **Rodzaj materiału do badania:** |
| **Data i godzina pobrania materiału do badania:** |
|  **PRACOWNIA HLA** - rodzaj badania |
| * **HLA – A, B, C (klasa I) -** metoda PCR-SSP
* **HLA - DRB (klasa II) -** metoda PCR-SSP
* **inne** …………………………………………………………………………………………

**WAŻNE! Prosimy o dołączenie wyników typowania chorego** (jeśli były wykonane w innym ośrodku) |
| **Data i godzina przyjęcia materiału do pracowni:** |
| **Dane osoby przyjmującej materiał do badania:** |
| **Nr zlecenia:***tu naklej**kod kreskowy***Uwagi:** |