

Provtagningsanvisning

Person/remissuppgifter och märkning av prov

Remissens vita fält är ifyllnadsfält och gröna är informationsfält.

- ① Ange fullständigt namn och personnummer (12 tecken ååååmmdd-xxxx) på både remiss och provbehållare.
- ② Ange kund-kod, beställande ev. debiterande avdelning, remitterande läkare, aktuella telefonnummer samt om analysen ska utföras i rutin eller akut (debiteras enligt prislista).

Recipient/donator

- ③ Ange recipientens fullständiga namn och personnummer.
- ④ Ange recipientens och donatorns släktskap (förälder, syskon, barn, maka/make eller obesläktad).

Immunmodulerande behandling

- ⑤ Vissa antikroppsbaseade läkemedel påverkar våra analyser, ange därför om recipienten tar läkemedel som innehåller antikroppar (exempelvis gammaglobulin, Mabthera[®], Zenapax[®], OKT3 och ATG[®]) samt Heparin[®], Protamin och Promiten[®].

Sjukdomsassociation

- ⑥ Ange sjukdom samt önskad analys av HLA-typ, t.ex. Mb Bechterew B*27.

Önskad analys

- ⑦ Analyser utförs enligt standard/överenskommelse EFI/Scandiatransplant.
- ⑧ Vid provtagning i samband med dialys ska provet tas före uppstart.
- ⑨ Beställ tid för analys vid planerad korstest.

Provtagning

Tag provet enligt Socialstyrelsens föreskrifter, se även:

<http://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/laboratoriemedicin/>

Skicka provet i provhylsa och vadderat kuvert som bör nå laboratoriet inom 24 timmar efter provtagning.

Adressera kuvertet: *Labmedicin
Klinisk immunologi och transfusionsmedicin
Transplantationslaboratoriet
221 85 Lund*

Leverans: *Akutgatan 8 (jourtid Klinikgatan 23)*

Kontakt Transplantationslaboratoriet

Vardag 08.00-16.30 Telefon 046-173225

Övrig tid kontakt med beredskapsläkare via Blodgruppsimmunologi KIT, Telefon 046-173220

Hemsida : <http://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/laboratoriemedicin/>

Remiss transplantationsimmunologi

| | | | | | | | | |
|--|---|-----------------|----------------------------|------------------|--|-----------------|-------------------------------|---|
| Svar till avdelning Kund-kod ^② | | | | | | | | Personnummer ^① Namn (efternamn, förnamn) |
| Debiteras Kund-kod | | | | | | | | |
| Remitterande läkare | | | | | | | | |
| Telefon | | | | | | | | |
| Svar | <input type="checkbox"/> Rutin <input type="checkbox"/> Akut (ev telefonsvar till nr) | | | | | | | <i>LID</i> |
| Transplantation Organ/vävnad/celler | <input type="checkbox"/> Njure <input type="checkbox"/> Ö-cell/Pankreas <input type="checkbox"/> Hjärta <input type="checkbox"/> Lunga <input type="checkbox"/> Stamceller <input type="checkbox"/> Annat _____ | | | | | | | |
| Recipient | <input type="checkbox"/> Inför väntelista <input type="checkbox"/> På väntelista <input type="checkbox"/> Akut transplantation <input type="checkbox"/> Uppföljning -DSA | | | | | | | |
| Donator till ^③ | | | | | | | Släktskap ^④ | |
| Diagnos | | | | | | | | |
| Immunisering | Tidigare Transplantation | Datum-År | Senaste transfusion | Datum-Dag | Graviditet | Datum-År | | |
| Immunmodulerande behandling ^⑤ | | | | | | | | |
| Sjukdomsassociation Diagnos samt HLA-typ ^⑥ | | | | | | | | |
| Önskad analys ^⑦ ^⑧ | HLA-typning | | | | HLA-antikroppar (PRA) | | | |
| | <input type="checkbox"/> Typning inför väntelista organtx. (2 EDTA-rör) <input type="checkbox"/> Typning inför väntelista SCT (2 EDTA-rör) <input type="checkbox"/> Kontrolltypning inför väntelista (2 EDTA-rör) <input type="checkbox"/> Sjukdomsassociation (2 EDTA-rör) <input type="checkbox"/> HLA-B*27 (1 EDTA-rör) <input type="checkbox"/> Annan kompletterande typning (2 EDTA-rör) HLA-_____ | | | | <input type="checkbox"/> Utredning/ uppföljning organtx. (2 serumrör) (CDC screen och/eller Luminex) <input type="checkbox"/> Utredning SCT (Luminex) (2 serumrör) <hr/> Luminex (LabScreen HLA klass I och II) (1 serumrör) <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> C1q | | | |
| | Korstest ^⑨ | | | | Övrigt | | | |
| | <input type="checkbox"/> Allogen <input type="checkbox"/> Autolog <input type="checkbox"/> Rejektion | | | | <input type="checkbox"/> Trombocytrefraktäritet (2 EDTA-rör, 1 serumrör) <input type="checkbox"/> Transfusionskomplikation (1 serumrör) | | | |
| Provtagning Datum Härmed intygas patientens identitet: Provtagarens namnunderskrift | | | | | Klinisk information Särskild frågeställning | | | |
| Insändande av denna remiss innebär bekräftelse på att patienten har fått information om, och samtycker till, att prov och tillhörande personuppgifter sparas för vård och behandling. <input type="checkbox"/> NEJ, patienten samtycker inte. Nej-talong bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är vid provtillfället oförmögen att lämna samtycke. | | | | | | | | |