

ADTL-FR-030

ANKARA DOKU TİPLEME LABORATUVARI TEST İSTEM FORMU

İstem Tarihi/ Saati				
Alıcı		Verici		
Hasta Barkodu			Hasta Barkodu	
Protokol No			Protokol No	
Adres			Adres	
Doğum Tarihi/...../.....		Doğum Tarihi/...../.....
Cinsiyet	Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>		Cinsiyet	Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>
Kan Grubu			Kan Grubu	
İletişim Bilgisi			İletişim Bilgisi	
Örnek Türü	EDTA'lı Kan	<input type="checkbox"/>	Bukkal Swab	<input type="checkbox"/>
	Diğer		Diğer	
Tanı			Alıcı ile Akrabalık İlişkisi	
Son Transfüzyon Tarihi/...../.....			
Daha Önce Transplantasyon Yapıldı mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>			
Çalışılacak Test Kodu/Test İsmi				
<input type="checkbox"/>	C8389606/SBT, Yüksek Çözünürlükte, 4 Basamaklı 6 Lokus HLA Tiplendirme (HLA-A, B, C, DQ, DR, DP)			
<input type="checkbox"/>	C8696183/SBT, Yüksek Çözünürlükte, 4 Basamaklı 5 Lokus HLA Tiplendirme (HLA-A, B, C, DQ, DR)			
İstemi Yapan Hekim				
Kurumu/Görevi			Kaşe/İmza	
Ankara Doku Tipleme Laboratuvarı Adına				
Örneğin Kabul Edildiği Tarih/Saat			Örneği Kabul Eden İmza/Kaşe	