



Kliniken der Stadt Köln gGmbH

Institut für Transfusionsmedizin

HLA-/Transplantlabor

Frau Dr. med. U. Bauerfeind

Ostmerheimer Str. 200

51109 Köln

Telefon: +49 (0)221 8907-3739

Fax: +49 (0)221 8907-3731

transplantlabor@kliniken-koeln.de

**Laborauftrag**

Bitte nicht beschriften

**Laborauftrag**

Bitte nicht beschriften

# Untersuchungsanforderung HLA-Diagnostik

## Auftraggeber/Einsender

(bitte Stempel verwenden)

[Empty box for stamp/signature]

## Untersuchungsmaterial von:

(bitte Adressaufkleber des Patienten verwenden)

Name, Vorname  
Geburtsdatum  
Straße  
PLZ Wohnort

Rechnung an (bitte ankreuzen)

Krankenhaus (stat. Patient)

Patient mit Wahlleistung

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Patient privat versichert

Patient ohne Wahlleistung

Patient

Patient

weiblich

stationär

männlich

ambulant

Bei gesetzlich versicherten ambulanten Patienten ist ein Laborüberweisungsschein (Muster 10) erforderlich.

## Untersuchungsmaterial

(Entnahme und Versand s. Rückseite)

Citratblut

Nativblut/Serum

EDTA-Blut

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Entnahmedatum

Tag Monat Jahr

Station  \_\_\_\_\_

KH Merheim

KH Holweide

Kinderklinik

**Transplantationszentrum:**

[Empty box for transplant center]

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Tel./DECT:** \_\_\_\_\_

**Indikation:** \_\_\_\_\_

**anford. Arzt/Ärztin:** \_\_\_\_\_

**spez. Anamnese:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Laboranforderung für Patienten in Vorbereitung auf oder nach einer Organtransplantation siehe Rückseite

### HLA-Typisierung (Merkmale)

**Untersuchungsmaterial:** 5 ml Citratblut

Klasse I (A, B, C)

Klasse II (DR, DQ)

HLA- A +-B für Thrombozytensubstitution

Die Anforderung von HLA-Merkmalen, die mit bestimmten Erkrankungen/ Komplikationen assoziiert sind, bitte auf der Rückseite beachten.

### HLA-Antikörper-Diagnostik

**Untersuchungsmaterial:** 10 ml Nativblut

HLA-Antikörper Screening / Spezifizierung

**Zur Information für das Labor:** (nur im Falle der Abklärung eines Transfusionszwischenfalls)

Aktuelle Transfusion

nein

ja

EK

TK

Plasma

wann: \_\_\_\_\_

## HLA-Genetik \*

### Selektive HLA-Klasse I-Testung

- HLA-A29 (Birdshot-Retinopathie)
- HLA-B5  B51  B52 (z. B. M. Behcet)
- HLA-B13, B17 Cw6 (z. B. Psoriasis)
- HLA-B27 (z. B. M. Bechterew)
- HLA-B\*57:01 ( Abacavir-Hypersensibilität)
- \_\_\_\_\_

### Selektive HLA-Klasse II-Testung

- HLA-DR2 (z. B. MS, Narkolepsie)
- HLA-DR3 (z. B. GSE, SLE, Typ 1 Diabetes)
- HLA-DR4 (z. B. Typ 1 Diabetes, PCP)
- HLA-DR7 (z. B. GSE)
- \_\_\_\_\_

\* Untersuchungsmaterial: 5 ml EDTA/Citrat-Blut

Untersuchungen des Blocks HLA-Genetik sind nur mit  
nebenstehender Einverständnis-  
erklärungen gem. GemDG durchführbar.

## Einverständniserklärung zur Durchführung genetischer Untersuchungen

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probennahme und Durchführung der geplanten genetischen Untersuchung zur Abklärung der bezeichneten Fragestellung. Ich wurde über Art, Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt auf die angegebene Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Kontrollzwecke sowie für Nachforderungen durch meine Ärztin/meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann. Ich möchte, dass meine Untersuchungsergebnisse nicht nach der vorgeschriebenen Frist von 10 Jahren gelöscht werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen und von meiner Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung Abstand nehmen kann.

Ort, Datum Unterschrift des/der Patienten/in (ggf. Erziehungsberechtigte(r)  
gesetzliche(r) Vertreter/in)

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden, und ich beauftrage Sie mit der Durchführung der o.g. Untersuchung(en)

Unterschrift des/der verantwortlichen Arzt/Ärztin

Name in Druckbuchstaben bzw. Stempel

## Laboranforderung Organtransplantation

- vor  nach  Lebendspende
- Niere  Pankreas  Leber

- Herz  \_\_\_\_\_

Empfänger:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Aufkleber  
Geb.Datum: \_\_\_\_\_

ET-Nr.: \_\_\_\_\_

- Geschlecht:  w  m  
frühere TX:  nein  ja wann: \_\_\_\_\_  
Ektomie:  nein  ja wann: \_\_\_\_\_  
 HLA-Typisierung  
 Blutgruppe \_\_\_\_\_

Spender-ET-Nr.: \_\_\_\_\_

Spender:

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Aufkleber  
Geb.Datum: \_\_\_\_\_

### Bei Lebendspende

- Verhältnis zum Empfänger:  
 Elternteil  Geschwister  
 Ehepartner  andere Verwandte  
 nicht vorhanden  Kind  
Geschlecht:  w  m  
 HLA-Typisierung  
 Blutgruppe \_\_\_\_\_

## HLA-Typisierung

Untersuchungsmaterial: 20 ml Citratblut

- Erstbestimmung  Retypisierung  Klasse I (A, B, C) und Klasse II (DR, DQ)

Vorbefund: (nur wenn nicht im HLA-/Transplantlabor im KH Merheim bestimmt)

HLA-A\* \_\_\_/\_\_\_ B\* \_\_\_/\_\_\_ Bw \_\_\_/\_\_\_ Cw\* \_\_\_/\_\_\_ DRB1\* \_\_\_/\_\_\_ DQB1\* \_\_\_/\_\_\_

## HLA-Antikörper-Diagnostik

Untersuchungsmaterial: 10 ml Nativblut

- HLA-Antikörper-Screening (LCT/ELISA)  HLA-Antikörper-Spezifizierung mittels LCT / LuminexN-Technologie
- nach Transplantation  LCT\*/ELISA/LuminexN-Technologie  Luminex®-Technologie

## Cross-Match (Kreuzprobe)

Untersuchungsmaterial: s.u. \*\*

- Standard (LCT\*)  B-/T-Lymphozyten (LCT\*) 30 ml Citratblut Spender + 10 ml Nativblut Empfänger
- Autologes Cross-Match (LCT\*) 10 ml Citratblut Empfänger + 10 ml Nativblut Empfänger
- Lebend-Cross-Match (LCT\*)  1.in Vorbereit.  2. vor TX 30 ml Citratblut Spender + 10 ml Nativblut Empfänger
- Cross-Match nach Transplantation 10 ml Nativblut Empfänger (+) 20 ml Citratblut bei Lebendspende

- Blutgruppenbestimmung  Empfänger  Spender Untersuchungsmaterial: 5 ml EDTA-Blut
- bei ABO-Inkompatibilität : Titer Anti-A \_\_\_\_\_ Titer Anti-B \_\_\_\_\_

### Zur Information für die Befundung im Labor:

Aktuelle Transfusion  nein  ja wann: \_\_\_\_\_ Aktuelle Infektion/Entzündung  nein  ja wann: \_\_\_\_\_  
Transplantatfunktionsverlust:  nein  ja wann: \_\_\_\_\_ Transplantatektomie  nein  ja wann: \_\_\_\_\_  
Immunsuppressiva  nein  ja seit wann: \_\_\_\_\_  o ATG  o Rituximab  o OKT3  o \_\_\_\_\_

ABO-Inkompatibilität Empfänger/Spender  Nein  Ja Blutgruppe: Empfänger: \_\_\_\_\_ Spender: \_\_\_\_\_

**Hinweise zur Entnahme und Versand:** Untersuchungsmaterial eindeutig beschriften.

Die Untersuchungen werden von Montag bis Freitag durchgeführt.

\*\*Das Untersuchungsmaterial sollte bis 14:00 Uhr am Untersuchungstag ungekühlt im Labor eintreffen.

\*LCT: Lymphozytotoxizitätstest

Stand Dez. 2011