



پرسشنامه آزمایش HLA Typing

تاریخ مراجعه:/...../.....		شماره پذیرش آزمایشگاه ارجاع:
فرد گیرنده پیوند	نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
	محل تولد:	تاریخ تولد:/...../.....
	شماره تماس:	نوع بیماری:
	تاریخ تزریق خون:/...../.....	گروه خون:
	سابقه پیوند: بله ☐ خیر ☐	سابقه شیمی درمانی: بله ☐ خیر ☐
	تاریخ پیوند:/...../.....	تاریخ شیمی درمانی:/...../.....
	نسبت تنی با پدر: دارد ☐ ندارد ☐	نسبت تنی با مادر: دارد ☐ ندارد ☐
	نسبت خونی پدر و مادر:	
آدرس:		
* نکته قابل توجه: اگر خود بیمار (گیرنده پیوند) این آزمایش را قبلاً انجام داده، ارسال برگه جواب بیمار الزامی است.		
فرد اهداکننده ۱	نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
	محل تولد:	تاریخ تولد:/...../.....
	نسبت با فرد گیرنده:	نام پدر:
	تنی ☐ ناتنی ☐	جنسیت: مرد ☐ زن ☐ نسبت خونی پدر و مادر:
فرد اهداکننده ۲	نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
	محل تولد:	تاریخ تولد:/...../.....
	نسبت با فرد گیرنده:	نام پدر:
	تنی ☐ ناتنی ☐	جنسیت: مرد ☐ زن ☐ نسبت خونی پدر و مادر:
فرد اهداکننده ۳	نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
	محل تولد:	تاریخ تولد:/...../.....
	نسبت با فرد گیرنده:	نام پدر:
	تنی ☐ ناتنی ☐	جنسیت: مرد ☐ زن ☐ نسبت خونی پدر و مادر:
توجه: نمونه مورد نیاز جهت انجام آزمایش HLA typing خون تام روی EDTA می باشد.		
بیمار می بایست حداقل ۱۰ روز قبل از انجام آزمایش خون کامل دریافت نکرده باشد. دریافت (PC) RBC و Platelet بلامانع است.		
نکات مهم:		
۱. اگر بیمار سابقه انجام دیالیز دارد قید شود (برای بیمارانی که نارسایی کلیوی دارند به نحوی زمان خونگیری تنظیم گردد که حداکثر زمان ۴۸ ساعت از آخرین دیالیز گذشته باشد).		
۲. تاکید می گردد که نسبت واقعی فرد اهداکننده با فرد گیرنده پیوند در قسمت مربوطه درج گردد.		
۳. نسبت خونی پدر و مادر در صورت مثبت بودن حتماً قید شود. بعنوان مثال (پسردایی، دخترعمه، پسرعمو، دخترعمو، پسرخاله، دخترخاله و نوه عمه و)		
۴. علت درخواست آزمایش به طور کامل ذکر گردد.		
امضا فرد تکمیل کننده فرم:		