HLA LABORATORY

FOR ORGAN TRANSPLANTATION

Reference Laboratory Excellence Centre,

National Blood Centre, The Thai Red Cross Society,

Henri Dunant Road, Pathumwan Bangkok 10330

Tel. 0-2263-9600–99 ext. 1310, 1312, E-mail: hlanbc@redcross.or.th

เฉพาะเจ้าหน้าที่ (Staff only)

HLA Patient/Donor

ID_____

สำหรับศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ)_____ นามสกุล_____

Name (Mr./Mrs./Ms./Other) **Surname**

วัน/เดือน/ปีเกิด_____ เลขประจำตัวประชาชน_____ เชื้อชาติ_____ อายุ_____

Date of birth **National ID** **Race** **Age**

โรงพยาบาล_____ Ward_____H.N._____ Clinical Dx._____

Hospital

Tel._____ ส่งรายงานผลทาง E-mail _____

Request date_____ Collection date_____ Time_____

Transplantation: ☐ Kidney ☐ Heart ☐ Liver ☐ Other_____

☐ Recipient (ABO blood group_____) ☐ Pre-transplantation ☐ Post-transplantation (Donor name/ID_____)

ประวัติการตั้งครรภ์ (ถ้ามี)_____ ครั้ง ประวัติการปลูกถ่ายอวัยวะล่าสุด(ถ้ามี) Date_____

ประวัติการรับ Intravenous Immunoglobulin (IVIG)_____Date/Time_____

ผลิตภัณฑ์โลหิตล่าสุดที่ได้รับ/จำนวน_____ Date/Time _____

☐ Donor (ABO blood group_____), specify name of recipient_____

Relationship to recipient _____

HLA Typing / EDTA blood อย่างน้อย 3 ml จำนวน 2 หลอด

☐ HLA typing (HLA-A, -B, -DR, -DQ low resolution)

☐ Others (ระบุ HLA locus/ resolution) _____

HLA Compatibility Test for Living Donor Transplantation by flow cytometry technique *ขนส่งเลือดที่อุณหภูมิ 20-25 °C **ห้ามแช่เย็น** และส่งตัวอย่างทดสอบถึงห้องปฏิบัติการ **ภายใน 24 hrs. นับจากเวลาที่เจาะเก็บ**

☐ HLA crossmatch; **Donor** CPA/CPDA blood 30 ml.

Patient clotted blood 3 ml.

Deceased donor

☐ Infectious marker

☐ HLA typing

☐ HLA Crossmatching for kidney transplant

☐ HLA Crossmatching for heart transplant หรืออวัยวะอื่น (โปรดระบุ) _____

HLA antibody / Clotted blood 6 ml หรือ serum 1 ml

☐ HLA antibody screening (LSM)

☐ HLA antibody (PRA)

☐ HLA antibody (PRA class I)

☐ HLA antibody (PRA class II)

☐ HLA antibody (PRA ด่วน)

☐ HLA, HNA antibody (TRALI)

☐ Single Antigen Beads Class I (SAB Class I)

☐ Single Antigen Beads Class II (SAB Class II)

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ แพทย์ผู้สั่งตรวจ _____

ตัวบรรจง (_____)

เฉพาะเจ้าหน้าที่รับสิ่งส่งตรวจ (Staff only)

สิ่งส่งตรวจ ☐ถูกต้อง ☐ไม่ถูกต้อง ☐Reject เนื่องจาก_____

เจ้าหน้าที่ส่งตรวจ_____ผู้ตรวจสอบ_____วันที่รับ_____เวลา_____น.

ลำดับ_____หมายเหตุ_____อุณหภูมิตัวอย่าง_____°C