



HLA LABORATORY

FOR ORGAN TRANSPLANTATION

เฉพาะเจ้าหน้าที่ (Staff only)

HLA Patient/Donor

ID _____

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

สำหรับศูนย์ห้องปฏิบัติการอ้างอิง

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ) _____	นามสกุล _____
Name (Mr./Mrs./Ms./Other) _____	Surname _____
วัน/เดือน/ปีเกิด _____	เลขประจำตัวประชาชน _____
Date of birth _____	National ID _____
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) _____	Deceased donor ☐ Infectious marker ☐ HLA typing ☐ HLA Crossmatching for kidney transplant ☐ HLA Crossmatching for heart transplant หรืออวัยวะอื่น (โปรดระบุ) _____
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.	

HLA antibody / Clotted blood 6 ml หรือ serum 1 ml ☐ HLA antibody screening (LSM) ☐ HLA, HNA antibody (TRALI) ☐ HLA antibody (PRA) ☐ Single Antigen Beads Class I (SAB Class I) ☐ HLA antibody (PRA class I) ☐ Single Antigen Beads Class II (SAB Class II) ☐ HLA antibody (PRA class II) ☐ Single Antigen Beads Class II (SAB Class II) ☐ HLA antibody (PRA คำนวณ)	
---	--

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ แพทย์ผู้ส่งตรวจ _____
 ตัวบรรจง (_____)

เฉพาะเจ้าหน้าที่รับส่งตรวจ (Staff only) ส่งตรวจ ☐ ถูกต้อง ☐ ไม่ถูกต้อง ☐ Reject เนื่องจาก _____ เจ้าหน้าที่ส่งตรวจ _____ ผู้ตรวจสอบ _____ วันที่รับ _____ เวลา _____ น. ลำดับ _____ หมายเหตุ _____ อุณหภูมิตัวอย่าง _____ °C	
---	--