



## Anforderung für immungenetische Untersuchung: HLA-Antikörperdiagnostik bei solider Organtransplantation

### Indexpatient

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

wenn möglich Etikett verwenden

### Auftraggeber / Einsender / Stempel

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Weitere Angaben

Diagnose/ \_\_\_\_\_

Indikation \_\_\_\_\_

**Notfall\*** (nur nach tel. Ankündigung, Faxnummer angeben)

### Kostenträger (unbedingt angeben)

GKV (gesetzl. versichert)  PKV (privat versichert)

→ bitte zus. angeben  ambulant  stationär

Extern \_\_\_\_\_  Selbstzahler

**Organ**  Niere  Pankreas  Herz  Leber  Kombination/Sonstiges \_\_\_\_\_

### Untersuchungsmaterial

Nativblut/Serum  Sonstiges \_\_\_\_\_

### Abnahme

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Uhrzeit

### Vorhergehende Therapie (mit Datum und ggf. Produkt)

Therap. Antikörper \_\_\_\_\_

Transplantatektomie \_\_\_\_\_

### Immunisierendes Ereignis (mit Datum)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### HLA-Antikörperdiagnostik

#### Einzelanforderung anti-HLA **IgG**

Standardprogramm HLA-Antikörpersuchtest#  
(falls Suchtest positiv erfolgt anschließend eine Spezifizierung)

HLA-Antiköperspezifizierung (als **Notfall**, siehe oben)  
(Für HLA-Klasse I und HLA-Klasse II)

Lymphozytotoxische Antikörper (LCT / CDC)

### Sonderanforderungen

#### Einzelanforderung anti-HLA **IgM**

HLA-Antikörpersuchtest (falls pos. anschl. Spezifizierung)

HLA-Antiköperspezifizierung

HLA-Klasse I  HLA-Klasse II

HLA-Antiköperspezifizierung mittels C1q-Test  
(Nur nach telefonischer Rücksprache, RUO)

### Untersuchungskontext

→ bitte immer zusätzlich angeben

PRÄ-TX:  Neuanmeldung  Wiederanmeldung ET-Nr. \_\_\_\_\_

POST-TX:  Verlaufskontrolle  V.a. akute Rejektion (ggf. als Notfall anfordern!)

Quartalsscreening

### Minimal benötigte Untersuchungsmaterialien

Untersuchung Nativblut<sup>1</sup>

HLA-Antikörperdiagnostik 10 ml

Sonderanforderung 10 ml

<sup>1</sup>Serummonovette

### Wichtige Hinweise:

Bitte begleitende Anforderungshinweise / Checkliste beachten.

\*Sofortige Bearbeitung und Befundübermittlung bis zum nächsten Werktag nur bei rechtzeitigem Eingang des Probenmaterials möglich:

• **Mo - Do: 11:00 Uhr**

• **Fr: 10:00 Uhr**

#Bei Prä-TX-Anforderungen erfolgt obligat zusätzlich eine LCT-Testung.

### Laborinterne Dokumentation:

Materialeingang: Auftragsetikett/MA-Kürzel:

Kenn-Nr: 22161

Freigabedatum: 10.10.2023

Versionsnummer 003