



Anforderung für immungenetische Untersuchung: HLA-Krankheitsassoziationen/Pharmakogenetik

Indexpatient

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w

Anschrift _____

wenn möglich Etikett verwenden

Weitere Angaben

Diagnose/ _____

Indikation _____

Auftraggeber / Einsender / Stempel

Anfordernder Arzt

Unterschrift

Kostenträger (unbedingt angeben)

GKV (gesetzl. versichert) PKV (privat versichert)

→ bitte zus. angeben ambulant stationär

Extern _____ Selbstzahler

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

Untersuchungsmaterial

Vollblut Knochenmark Sonstiges _____

EDTA Citrat CPDA

Leukozytenzahl < 1.500/µl (tel. Rücksprache erforderlich!)

Abnahme

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

Datum

--	--	--	--

Uhrzeit

Einverständniserklärung laut Gendiagnostikgesetz (unbedingt erforderlich)

Die Einverständniserklärung laut Gendiagnostikgesetz liegt bei: ja nein (keine Bearbeitung möglich!)

-> Download unter <https://www.medizin3.uk-erlangen.de/aerzte-und-zuweiser/labordiagnostik/hla-labor/>

Hinweis: Die Einverständniserklärung muss zusammen mit dem Anforderungsschein an das Labor übermittelt werden!

Krankheitsassoziationen

Untersuchung auf

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A*29 | Birdshot-Chorioretinopathie |
| <input type="checkbox"/> B*27 | M. Bechterew/M. Reiter/Uveitis |
| <input type="checkbox"/> B*51 | M. Behcet |
| <input type="checkbox"/> C*06 | Psoriasis vulgaris |
| <input type="checkbox"/> DQB1*02/DQB1*08 | Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> DQB1*06/DRB1*15 | Narkolepsie |
| <input type="checkbox"/> DRB1*15 | Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> DRB1 | Rheumatoide Arthritis |
| (shared Epitope) | |
| <input type="checkbox"/> IL-23R Polymorph. | Rheumatoide Arthritis |
| (rs1004819 A/G) | |

Sonstiges

Pharmakogenetik

Untersuchung auf

- HLA-B*57 (Abacavir-Unverträglichkeit)
- bei Nachweis von HLA-B*57 hochauflösende HLA-B-Typisierung (Ausschluss HLA-B*57:01)
- zusätzlich Typisierung von HLA-A und -C
- HLA-B*58 (Allopurinol-Unverträglichkeit)
- bei Nachweis von HLA-B*58 hochauflösende HLA-B-Typisierung (Ausschluss HLA-B*58:01)
- (Ox)Carbamazepin-Unverträglichkeit
- B*15 A*31
- wenn positiv, hochauflösende Typisierung (Ausschluss HLA-B*15:02, bzw. A*31:01)
- HLA-A*02:01 (Tebentafusp-Therapie)
- (Stufendiagnostik bei Nachweis von HLA-A*02)

Minimal benötigte Untersuchungsmaterialien

Untersuchung	Vollblut ¹
Krankheitsassoziation	2,5 ml

¹antikoaguliert (EDTA, Citrat, CPDA), Leukozytenzahl > 1.500/µl

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**

Laborinterne Dokumentation:

Materialeingang: _____ Auftragsetikett/MA-Kürzel: _____

Kenn-Nr: 22177
Freigabedatum: 21.09.2023
Versionsnummer: 001