**Labor für Immungenetik**

Akkreditiert durch die European Federation for Immunogenetics

Leitung: Prof. Dr. med. Bernd Spriewald
Stellv. Leitung: Dr. rer. nat. Markus Luber

Krankenhausstraße 12, 91054 Erlangen
Laborgebäude, 4. OG
Tel: 09131 85-33092, Fax: 09131 85-33399

**Universitätsklinikum Erlangen**

**Medizinische Klinik 3 – Rheumatologie und Immunologie**
Direktor: Prof. Dr. med. G. Schett
**Medizinische Klinik 5 – Hämatologie und internistische Onkologie**
Direktor: Prof. Dr. med. A. Mackensen

# Anforderung für immungenetische Untersuchung: Serologische Kreuzprobe bei solider Organtransplantation

**Indexpatient**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht ☐ m ☐ w

Anschrift _____

_____

wenn möglich Etikett verwenden

**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)**

**Weitere Angaben**

Diagnose/ _____

Indikation _____

**Organ** ☐ Niere ☐ Pankreas ☐ Herz ☐ Leber ☐ Kombination/Sonstiges _____

**Untersuchungsmaterial Empfänger**

☐ Nativblut/Serum ☐ Sonstiges _____

**Abnahme** ☐☐☐☐☐☐☐☐ Datum ☐☐☐☐ Uhrzeit

**Untersuchungsmaterial Spender** (frisch abgenommen!)

☐ Vollblut ☐ Sonstiges _____
☐ EDTA ☐ Citrat ☐ CPDA

**Abnahme** ☐☐☐☐☐☐☐☐ Datum ☐☐☐☐ Uhrzeit

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

☐ Therap. Antikörper _____

☐ Transplantatektomie _____

**Immunisierendes Ereignis** (mit Datum)

_____

_____

**Serologische Kreuzprobe** (eine **HLA-Antikörperdiagnostik** erfolgt **obligat**$)

☐ Serologische Kreuzprobe (CDC) ohne DTT
(falls positiv erfolgt zus. eine DTT-Kreuzprobe)
☐ Gemischte Lymphozyten (T- und B-Zellen)
☐ B-Zellen
☐ T-Zellen

☐ Autologe Kreuzprobe (CDC, nach tel. Rücksprache)

→ Bitte ggf. ergänzen:
☐ Erste Kreuzprobe ☐ Wiederholte Kreuzprobe

**Angaben zum (potentiellen) Spender**

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht ☐ m ☐ w

Verw.verhältnis _____

wenn möglich Etikett verwenden

**Minimal benötigte Untersuchungsmaterialien**

| Untersuchung | Vollblut[1] | Nativblut[2] |
|---|---|---|
| Kreuzprobe gemischt | 10 ml[3] | 5 ml |
| Kreuzprobe getrennt | 20 ml[3] | 5 ml |
| Autologe Kreuzprobe | 10 ml | 5 ml |

[1]antikoaguliert (EDTA, Citrat, CPDA), Leukozytenzahl > 1.500/µl
[2]Serummonovette
[3]Blut des Spenders

**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**

$Bitte separat anfordern (HLA-Antikörpersuchtest IgG)!

Laborinterne Dokumentation:

Materialeingang: Auftragsetikett/MA-Kürzel:

Kenn-Nr: 22182
Freigabedatum: 21.09.2023
Versionsnummer 001