



## Untersuchungsauftrag Transplantationsimmunologie/ HLA

Auftraggeber/ Station (Adresse und Tel. Nr.)	Probeneingang HLA Datum/ Zeit/ Visum MA HLA:  .....
<b>Untersuchungsprobe</b> (Patient, Spender, Angehörige)  Name / Vorname: Geb.-Datum: Adresse:	Entnahmedatum:  Zeit:  Visum:
<input type="checkbox"/> Rechnung an Patient <input type="checkbox"/> Rechnung an Auftraggeber Bei ungenügenden Angaben geht die Rechnung an den Auftraggeber nach den Tarifen für stationäre Patienten	

### Nephrologie / Transplantation

<input type="checkbox"/> <b>Nieren-Empfänger</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Typ <input type="checkbox"/> 2. Typ <input type="checkbox"/> Re-Typ	20ml EDTA-Blut / 10ml Nativblut
<input type="checkbox"/> Allo-Antikörper Screening - Verlaufskontrolle <input type="checkbox"/> aktuelle Warteliste <input type="checkbox"/> nach TP <input type="checkbox"/> allgemein	4-10ml EDTA-Blut / 10ml Nativblut
Bemerkungen:.....	
<input type="checkbox"/> Blutentnahme vor TP (ZNA/Nephro => HLA)	4-10ml EDTA-Blut / 10ml Nativblut
<input type="checkbox"/> <b>Lebendnienspender</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Typ. Spender und CDC -Crossmatch	20ml EDTA-Blut / 10ml Nativblut
<input type="checkbox"/> 2. Typ. Spender	20ml EDTA-Blut
<input type="checkbox"/> Blutentnahme vor geplanter Spende	20ml EDTA-Blut
Name Empfänger: .....	
<input type="checkbox"/> <b>Organspender (postmortal)</b>	70ml EDTA-Blut / 10ml Nativblut

### Hämato-Onkologie / Varia

<input type="checkbox"/> <b>Familien-Typisierung</b>	
<input type="checkbox"/> Patient*	*bei Kleinkindern 10 - 20ml EDTA-Blut 30ml EDTA-Blut / 10ml Nativblut
<input type="checkbox"/> Eltern von .....	30ml EDTA-Blut
<input type="checkbox"/> Geschwister* von .....	30ml EDTA-Blut
<input type="checkbox"/> <b>Prophylaktische Typisierung vor TK-Gabe</b> vor Hochdosis Chemotherapie oder vor autologer Stammzellensammlung	
<input type="checkbox"/> <b>Verdacht auf refraktäre TK-Transfusion</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Antikörper Verlaufskontrolle</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Spezielles / Fragestellung:</b>	

### HLA-Assoziationen

<input type="checkbox"/> HLA-B27 <input type="checkbox"/> HLA-B5(51) <input type="checkbox"/> HLA-AB-Typisierung <input type="checkbox"/> HLA-DR-Typisierung	10ml EDTA-Blut
Spezielles: .....	
Datum:.....    Unterschrift Verantwortliche(r).....	



**Bemerkungen HLA-Labor (nur vom HLA Labor auszufüllen):**

Status:  WL /  TP TP-Datum: ..... /  offen  P.E.  direkt SAI/II S/PI.

Administration für Nephrologie Patienten:

Transfusionen EK/TK:

- nein
- ja Datum letzte Transfusion: .....

Serumeingang/ Transfusionen im Patienten Protokoll erfasst und kontrolliert

MA HLA Datum/ Visum: .....

Befund-Scan:

Datum/Visum	Datum/Visum	Datum/Visum	Datum/Visum	Datum/Visum	Datum/Visum

**BLUES-Abrechnungen / Erbrachte HLA-Leistungen**

Analysen-Nr.	Analyse	Kostenstelle oder Kostenträger					
		Nephro 505520		Onkologie 505540		Diverses 505560	
		Anzahl	Artikel-Nr.	Anzahl	Artikel-Nr.	Anzahl	Artikel-Nr.
AL 1418.00	HLA-Antigen einzelne Spez.						68088
AL 1419.00	HLA-Typ. A/B/C-Locus		68030		68060		
AL 1419.00	HLA-Typ. A-Locus PCR						68090
AL 1419.00	HLA-Typ. B-Locus PCR						68091
AL 1419.00	HLA-Typ. C-Locus PCR						68092
AL 1420.00	HLA-Typ. DR/DQ/DP-Locus		68031		68061		
AL 1420.00	HLA-Typ. DR-Locus PCR						68093
AL 1420.00	HLA-Typ. DQ-Locus PCR						68094
AL 1420.00	HLA-Typ. DP-Locus PCR						68095
AL 1528.00	Allo-AK (Screen)		68032		68062		68082
AL 1527.00	Allo-AK (Spez.)		68033		68063		68083
AL 1531.00	Verträglichkeit/ Crossmatch		68035		68065		68085
AL 2700.00	DNA-Banking		68036		68066		68086
AL 4700.00	Bearbeitungsgebühr		68040		68067		68087
	HLA Pauschale		68037				
	Organspenderpauschale KSSG		68041				

Abrechnung / Rechnung an Patient

Datum/ Visum: ..... Auftrags-Nr. : .....

Kontrolle der Abrechnung:

Datum/ Visum ABL HLA: .....

**Wichtige Informationen zur Anwendung dieses Formulars**

Bei allfälligen Fragen steht Ihnen das Personal des RBSZ SG gern zur Verfügung.

Adresse: Stiftung Blutspende SRK Ostschweiz HLA-Labor  
 Rorschacher Str. 111  
 9000 St. Gallen

Telefon: 071 494 28 53 intern: 28 53  
 E-Mail 001.HLA@blutspende-sg.ch  
 Internet: [www.blutspende-sg.ch](http://www.blutspende-sg.ch)