

# پرسشنامه مشخصات مراجعین HLA TYPING

تاریخ :

تاریخ مراجعه: ..... / ..... / .....	شماره پذیرش:	تاریخ جواب: ..... / ..... / .....	ارسالی از: آزمایشگاه .....
فرد گیرنده پیوند	* نام و نام خانوادگی:	* کد ملی:	نام پدر:
	* محل تولد:	* تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	* وزن:
	* شماره تلفن بیمار:	* نوع بیماری:	پزشک معالج:
	* تاریخ تزریق خون: ..... / ..... / .....	* گروه خون:	سابقه سقط و بارداری: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
	* سابقه پیوند: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	* سابقه شیمی درمانی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	* سابقه دیالیز: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
	* تاریخ پیوند: ..... / ..... / .....	* تاریخ شیمی درمانی: ..... / ..... / .....	* تاریخ آخرین دیالیز: ..... / ..... / .....
	* نسبت با پدر: <input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> ناتنی	* نسبت با مادر: <input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> ناتنی	
آدرس:			
• نکته قابل توجه: اگر خود بیمار (گیرنده پیوند) این آزمایش را قبلاً انجام داده، ارسال برگه جواب بیمار الزامی است.			
فرد اهدا کننده ۱	* نام و نام خانوادگی:	* کد ملی:	نام پدر:
	* محل تولد:	* تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	* جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
	* شماره تلفن:	* سابقه بیماری:	* نسبت با پدر: <input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> ناتنی
	* نسبت با فرد گیرنده پیوند:	* گروه خون:	* نسبت با مادر: <input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> ناتنی
آدرس:			
فرد اهدا کننده ۲	* نام و نام خانوادگی:	* کد ملی:	نام پدر:
	* محل تولد:	* تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	* جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
	* شماره تلفن:	* سابقه بیماری:	* نسبت با پدر: <input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> ناتنی
	* نسبت با فرد گیرنده پیوند:	* گروه خون:	* نسبت با مادر: <input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> ناتنی
آدرس:			
فرد اهدا کننده ۳	* نام و نام خانوادگی:	* کد ملی:	نام پدر:
	* محل تولد:	* تاریخ تولد: ..... / ..... / .....	* جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
	* شماره تلفن:	* سابقه بیماری:	* نسبت با پدر: <input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> ناتنی
	* نسبت با فرد گیرنده پیوند:	* گروه خون:	* نسبت با مادر: <input type="checkbox"/> تنی <input type="checkbox"/> ناتنی
آدرس:			
توجه:			
- بیمار باید حداقل ۱۰ روز قبل از انجام آزمایش، خون کامل دریافت نکرده باشد. (دریافت RBC PC و Platelet بلامانع است)			
- مهم است قبل از انجام آزمایش HLA، شمارش WBC کنترل شود تا بیشتر از 2000 Micro liter باشد.			
نکات مهم:			
۱. کلیه مشخصات بیمار شامل (نام و نام پدر، محل تولد، نسبت والدین، سن، جنس، نام پزشک، آدرس و تلفن) به طور کامل تکمیل شود. (تکمیل موارد ستاره دار الزامی است)			
۲. ارسالی از: نام آزمایشگاه ارسال کننده به همراه نام شهر نوشته شود.			
۳. نوع بیماری و گروه خون بیمار (گیرنده پیوند) قید شود.			
۴. اگر بیمار قبلاً عمل پیوند انجام داده است (پیوند کلیه یا مغز استخوان)، تاریخ دقیق پیوند (از خود یا از دیگری) حتماً ذکر گردد.			
۵. اگر بیمار قبلاً تزریق خون داشته یا شیمی درمانی انجام داده، تاریخ آن ذکر شود.			
۶. اگر بیمار سابقه انجام دیالیز دارد، قید شود. (برای بیمارانی که نارسایی کلیوی دارند، به نحوی زمان خونگیری تنظیم شود که حداکثر زمان از آخرین دیالیز گذشته باشد).			
۷. تاکید می شود که نسبت فرد اهدا کننده با فرد گیرنده پیوند (نسبت واقعی) در قسمت مربوطه درج گردد.			
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: امضاء			