

Anschrift:

 Einrichtung für Transfusionsmedizin - **HLA-Labor**
 Komplement, 3. Ebene
 Ernst-Grube-Str. 40, 06120 Halle
Tel.: 0345-557-1456 / -1409 Fax: 0345-557-1849
Hinweis:

 Eine Bearbeitung der Patientenproben erfolgt erst nach Erhalt des vollständig ausgefüllten und durch Unterschrift freigegebenen Anforderungsscheins. (RiLiBÄK Arbeiten im diagnostischen Labor)
 Material wird ansonsten nach 3 Werktagen verworfen

Patientendaten			Klinikstempel / Station		
Name, Vorname					
Geb.-Datum					
Geschlecht	<input type="checkbox"/> M (♂)	<input type="checkbox"/> W (♀)	<input type="checkbox"/> Divers	Unterschrift Arzt/Ärztin/Einsender*in	
infektiöses Material (laut IfSG)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Telefon	Fax
Diagnose				Dringend	<input type="checkbox"/>
Abnahmedatum					
Angehörige*r			Geb.-Datum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> M (♂)	<input type="checkbox"/> W (♀)	<input type="checkbox"/> Divers	Verwandtschafts-Verhältnis	(z. B. Schwester/Bruder Ehepartner*in)

mit Einwilligungserklärung laut GenDG

Untersuchungen zur Festlegung von HLA-Krankheitsassoziationen und therapeutischen Ausrichtungen
(entsprechend der Anforderung erfolgt eine Stufendiagnostik(♦))

- | | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> HLA-B27 | 5ml Citratblut |
| <input type="checkbox"/> HLA-B*57 ♦ | 5ml Citratblut |
| <input type="checkbox"/> HLA-ABC (z.B. bei Psoriasis, Uveitis, etc. siehe Rückseite) | 10ml Citratblut |
| <input type="checkbox"/> HLA-DRDQ (z.B. bei Narkolepsie, Zöliakie, etc. siehe Rückseite) ♦ | 10ml Citratblut |
| <input type="checkbox"/> HLA-ABC und -DRDQ (z.B. Sklerodermie, JCA, JRA, etc. siehe Rückseite) | 10ml Citratblut |

ohne Einwilligungserklärung laut GenDG

Kompatibilitätsvergleiche für Transplantation, Transfusion, Familienuntersuchung, etc.

Standarduntersuchungen

HLA-Antigen-Bestimmungen

- HLA-ABC (serologisch)
10ml Citratblut
- HLA-ABC und -DRDQ/DP (low resolution)
20ml Citratblut

HLA-Antikörper-Bestimmung

- Nachweis von anti-HLA-AK
20ml Nativblut

Crossmatch (Lymphozytotoxizitätstest)

- 20ml Citratblut vom Spender und
20ml Nativblut vom Empfänger
- Probenmaterial muss innerhalb von 24 Stunden,
sowie freitags / Vorfeiertags bis 12 Uhr im Labor sein

HPA-Antigen-Bestimmung

- HPA-1a-6b, 8a-9b, 11a-b, 15a-b, 21a-b, 27a-b
10ml Citratblut

Transfusionszwischenfall (TZ)

- Abnahme (Serum) vor TZ
nach TZ

Sonderuntersuchungen

HLA-Allel-Bestimmungen (high resolution)

- HLA-Klasse I & II
(HLA-A*, B*, C*, DRB1*, DQB1*)
Anforderung nur für die Vorbereitung von
Stammzell-Transplantationen oder **nach Anfrage**

Crossmatch (ELISA) – separate Rechnungslegung

- 20ml Citratblut vom Spender und
10ml Nativblut vom Empfänger

Gewebetypisierung & anti-HLA Antikörper-Diagnostik

HLA-Antigenbestimmung, niedrigauflösend (low resolution)

HLA-Klasse I (A, B, Cw)	Citratblut	serologisch, molekulargenetisch (SSP)
HLA-Klasse II (DRB1*, DRB3*-5*, DQB1*, DQA1*, DPB1*, DPA1*)		molekulargenetisch (SSP)

HLA-Allelbestimmung, hochauflösend (high resolution)

HLA-Klasse I & II (A*, B*, C*, DRB1*, DQB1*)	Citratblut (alternativ EDTA Blut)	molekulargenetisch (SBT)
---	--	--------------------------

Anti-HLA-Antikörper-Status

zytotoxische Antikörper (AK)	Nativblut (alternativ Serum)	Lymphozytotoxizitätstest (LZT)
Anti-HLA Klasse I & II AK Detektion		Luminex-Analyse
Anti-HLA Klasse I & II AK Spezifizierung		Luminex-Analyse ELISA

Verträglichkeitsprobe (Kreuztest/Crossmatch)

Crossmatch - zellulär (PBL, T-Zell & B-Zell, +/- DTT)	Citratblut vom Spender & Nativblut vom Empfänger	Lymphozytotoxizitätstest (LZT)
Festphasen-Crossmatch (Donorspezifische anti-HLA Klasse I und II AK)		ELISA

Krankheitsassoziierte HLA Antigene (-Allele)

Ankylos. Spondylitiden	Citratblut	HLA-B27
M. Reiter		HLA-B8, -B27
Lupus erythematodes		HLA-DR15, -DR3
Rheumatoide Arthritis		HLA-DR1, -DR4
Juv. chron. Polyarthritis		HLA-A2, -DR8, -DR11
Psoriasis		HLA-B13, -B37, -B57, -Cw6
M. Behcet		HLA-B51
Pemphigus vulgaris		HLA-DR4
Uveitis		HLA-A29, -B27, -B17, -B51, -DR4, -DR53
Birdshot-Retinopathie		HLA-A29
Narkolepsie (Stufendiagnostik)		HLA-DR15, -DQ6 niedrig- & hochauflösend
Adrenogenitales Syndrom		HLA-B5, -B14, -B47
Zöliakie (Stufendiagnostik)		HLA-DR3, -DR4, -DR5, -DR7, -DQ2, -DQ3, DQA
Juv. Diabetes Mellitus		HLA-DR3, -DR4, -DQ8
Sarkoidose		HLA-B13, -B27, -Cw6, -B57, -DR7
M. Duhring		HLA-DR3
Abacavir-Therapie (Stufendiagnostik)		HLA-B*5701 niedrig- & hochauflösend
perforierende Kollagenose, Ichthyosis, Neuroblastom, Sruddon Syndrom, M. Hodgkin, Sklerodermie, Sjögren Syndrom, Morbus Turner		

Transfusionsrelevante Antigene

Thrombozyten-Merkmale (HPA)	Citratblut (alternativ EDTA Blut)	molekulargenetisch (SSP)
-----------------------------	--	--------------------------

Notwendige Informationen für die HLA-Diagnostik

► unbedingt auszufüllen, diese Informationen sind für die Befundinterpretation **essenziell!**

Patientendaten oder Patientenetikett:

Name, Vorname

Unterschrift / Einrichtungsstempel

Untersuchung vor Transplantation

- | | |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaften | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> Transplantationen | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> Funktionsverlust Transplantat | wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Transplantatektomie | wann: _____ |
| <input type="checkbox"/> Patient*in mit Kunstherz | |
| <input type="checkbox"/> routinemäßige Kontrolluntersuchung | |
| <input type="checkbox"/> bekannte Autoimmunerkrankung/-en (können zu „falsch-positiven“ Reaktionen führen) | |
| Bitte spezifizieren: _____ | |

Untersuchung nach Transplantation

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Verdacht auf Rejektion |
| <input type="checkbox"/> klinisch manifeste bzw. Biopsie-bestätigte Rejektion |
| <input type="checkbox"/> routinemäßige Kontrolluntersuchung |

Immunisierende Ereignisse der letzten 4 Wochen vor der aktuellen Blutabnahme

- | | |
|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> Bluttransfusionen/-konserven (auch während OP) | |
| Welche: _____ | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> Impfungen | Welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> virale Infektionen (z.B. Influenza) / Entzündungen | |

Immunsuppression

- | | |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> ivIg (intravenöse Immunglobuline) | vor ca.: _____ |
| <input type="checkbox"/> ATG (Antithymozytenglobulin) | vor ca.: _____ |
| <input type="checkbox"/> therapeutische Antikörper (Rituximab, Daclizumab, Basiliximab, etc.) | |
| Welche: _____ | vor ca.: _____ |

Antikörper-reduzierende therapeutische Maßnahme/-en

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plasmapherese (PA) | |
| <input type="checkbox"/> Immunabsorption (IA) | |
| <input type="checkbox"/> ECP (extrakorporale Photopherese) | |
| exakte zeitliche Angabe auf den Monovetten notwendig: | |
| z.B. vor 1.PA, nach 1.PA / vor 2.IA, nach 2.IA, etc. | |
| <input type="checkbox"/> vor 1. | <input type="checkbox"/> nach 1./ Datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> vor 2. | <input type="checkbox"/> nach 2./ Datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> vor 3. | <input type="checkbox"/> nach 3./ Datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> vor 4. | <input type="checkbox"/> nach 4./ Datum: _____ |
| <input type="checkbox"/> vor 5. | <input type="checkbox"/> nach 5./ Datum: _____ |