

Vävnadstypningslaboratoriet, Klinisk Immunologi och
Transfusionsmedicin Laboratoriemedicin Västerbotten
901 85 UMEÅ
090 - 785 37 84, 090-785 20 76

Svar skall sändas till - adress inkl. postnummer.	Personnr. (12 siffror)
Debiteras (om annan än svarsmottagare):	Namn:
Remitterande läkare:	— Patient Anhörig till (familjeutredning):
Klinisk frågeställning:	Donator - Släktskap: Syskon Förälder
Svar önskas senast:	Provtagningsdatum:
	Obligatorisk identitetskontroll utförd av:

HLA typning inför stamcellstransplantation

Prov kan skickas alla dagar

ID-kontroll enligt SOSFS 2009:29 ska utföras och intygas.

<input type="checkbox"/> HLA-typning inför stamcellstransplantation	1 EDTA-rör
<input type="checkbox"/> Konfirmerande typning inför stamcellstransplantation	1 EDTA-rör

HLA-Sjukdomsassociationer

Kan skickas till laboratoriet alla dagar

<input type="checkbox"/> B27	1 EDTA rör	<input type="checkbox"/> Sarcoidos (DR)	1 EDTA rör
<input type="checkbox"/> Celiaki (DQ2/DQ8)	1 EDTA rör	<input type="checkbox"/> Abacaviröverkänslighet	1 EDTA rör
<input type="checkbox"/> Narkolepsi (DQB1*06:02)	1 EDTA rör		

Övrigt:

Ange frågeställning: