|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **T.C.**  **KAMU HASTANELERİ KURUMU …İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ/ÜNİVERSİTE**  **…. HASTANESİ**  **DOKU TİPLEME LABORATUVAR TETKİK SONUÇ RAPORU**  (Laboratuvar Ruhsat No: ………..…) | | | | | | | | | | | | **LOGO** | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Hasta Adı Soyadı** | | | | | | | |  | | | Testi İsteyen:  **Uzm. Dr. Adı Soyadı**  **Birimi / ……… Hastanesi** | | | | |
|  | | | | | | | |  | | |  | | | | |
| Yaşı, Cinsiyeti | | | | | | | |  | | |  | | | | |
| Kurumu: |  | | | | | | |  | | |  | | | | |
| Protokol/Dosya No: |  | | | | | | |  | | |  | | | | |
| Ön Tanı / Tanı: |  | | | | | | |  | | | Rapor Basım Zamanı: **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** …. / …. | | | | |
|  |  | | | | | | |  | | |  | | | | |
|  |  | | | | | | |  | | |  | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Doku Tipleme Laboratuvar Ünitesi** | | | Numune No: | |  | | Test istem: | | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | | Numune kabul: | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | |
|  | | | Numune Türü: | |  | | Numune Alma: | | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | | Uzman Onay: | **Tarih** …. / …. / ….  **Saat** | | |
| **Tetkik Adı** | | | | **PANEL REAKTİF ANTİKOR** | | | | | | | | | | | |
| **Test Zamanlaması: Antikor Uzaklaştırma Tedavi öncesi / sonrası /bilinmiyor Nakil Öncesi / Sonrası / bilinmiyor** | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Uygulanan Yöntem:** | | | |  | | | | | |  | | | | |  |
| **Sonuç** | | | | | |  | | | | | | | | | |
| PANEL REAKTİF ANTİKOR (PRA) SINIF I TARAMA : Negatif Pozitif (%....) | | | | | | | | | | | | | | | |
| PANEL REAKTİF ANTİKOR (PRA) SINIF II TARAMA. Negatif Pozitif (%....) | | | | | | | | | | | | | | | |
| PANEL REAKTİF ANTİKOR (PRA) SINIF I ANTİJENE/ALELE Özgün Negatif Pozitif\* ……………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | |
| PANEL REAKTİF ANTİKOR (PRA) SINIF II ANTİJENE/ALELE Özgün Negatif Pozitif\* ……………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | |
| (\*): Tespit edilen antijen/aleller: | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Hasta HLA (Biliniyorsa): HLA- A\* ..... , ….. HLA- B\* ..... , ….. HLA- C\* ..... , …..**  **HLA- DRB1\* ..... , ….. HLA- DQB1\* ..... , ….. HLA- DP1\* ..... , …..** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Detaylı rapor dökümü ekte yer almaktadır:** | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | DTL Sorumlusu/ Sorumlu Yardımcısı  Adı Soyadı | | | | | | |  | | | | |
| Kurum Adresi: ……………………………………………  Tel: … Fax: ……………. Kurum Web Adresi:… e-posta:…. | | | | | | | | | | | | | | | |