

**ZTB | Zentrum für Transfusionsmedizin  
und Zelltherapie Berlin gGmbH**  
Gewebetypisierung(HLA)-Labor  
und Stammzellspendersucheinheit  
Campus Virchow-Klinikum  
Dr. N. Lachmann  
Augustenburger Platz 1 | Forum 4  
13353 Berlin



**Zentrum für Transfusionsmedizin  
und Zelltherapie Berlin**

Ein Gemeinschaftsunternehmen der  
Charité – Universitätsmedizin Berlin und  
des DRK-Blutspendedienstes Nord-Ost

Tel. Serologie: 030 450 653 108 | DNA: 450 653 138  
Fax 030 450 553 918  
Mail info-hla@charite.de

**Ärztlicher Zentrumsdirektor**  
Prof. Dr. med. Axel Pruß  
Mail: axel.pruss@charite.de

Stand: 02/2017

## Laboranforderung Organtransplantation



**DRINGEND**

(innerhalb von 24h mit Aufschlag)

vor  nach  DDTX/MVZ  LTX  NTX  PTX  Cornea  Lebendspende  ABO inkompatibel

### Indikation

AK-Screening  Therapiekontrolle  Rejektionsverdacht  andere .....

### PATIENT

Name: *Aufkleber*

Vorname: Patient + Station

Geb. Datum:

ET-Nr. ....

Geschlecht:  w  m

Frühere Tx:  nein  ja wann: .....

Spender ET-Nr./Typisierung: .....

Ektomie:  nein  ja wann: .....

### SPENDER

Name: *Aufkleber*

Vorname: Patient + Station

Geb. Datum:

### Bei Lebendspende

Verhältnis zum Empfänger:

Elternteil  Geschwister

Ehepartner  andere Verwandte

nicht verwandt  Kind

Geschlecht  m  w

Abnahmedatum: ..... Unterschrift Arzt: ..... Tel: .....

### HLA-Typisierung

**Untersuchungsmaterial: 20 ml Citratblut**

Klasse I (A, B, C)  Klasse II (DR, DQ, opt. DP)

### Antikörper-Diagnostik

**Untersuchungsmaterial: 10 ml Nativblut**

HLA-Antikörpersuche (pos/neg)

Non-HLA-Antikörpersuche:

HLA-Antikörperspezifizierung (%PRA)

ATR<sub>1</sub>  ETRA  MICA

### Crossmatch

**Untersuchungsmaterial: s. u.**

Standard (i.d.R. Gesamt- u. B-Lymphozyten)

10 ml Citratblut Spender + 10 ml Nativblut Patient

autologer Crossmatch

10 ml Citratblut Patient + 10 ml Nativblut Patient

### Zur Information für Befundung im Labor:

Aktuelle Transfusion  nein  ja

wann: .....

Aktuelle Infektion/Entzündung  nein  ja

Immunsuppression  nein  ja

seit wann: .....

Transplantatfunktionsverlust  nein  ja

wann: .....

Transplantatektomie  nein  ja

wann: .....