GC Labs

H L A 검 사 의 뢰 서

검체인수자	검체인계자
Slip 수:	Sample 수:

*기입은 반드시 주치의께서 해주시고 빠짐없이 기입하여 주십시오.

의뢰기관명		병 동	
주 치 의		의 뢰 일	년 월 일 AM, PM
연 락 처	Tel: Fax:	채 취 일	년 월 일 AM, PM

환 자 명		등록번호	
생 년 월 일		나이/성별	민족(외국인) :
연 락 처	주소:	Tel :	
검 체			

■ 검사항목

☒ 유전자검사동의서를 반드시 첨부해 주십시오.

검사코드	검사항목	검체량	검사방법
☒ C5181006	HLA ABC	EDTA Blood 5.0 mL	PCR
☒ C5182006	HLA DRB	EDTA Blood 3.0 mL	PCR
☒ 너495,CY917	HLA B27	EDTA Blood 3.0 mL	PCR
☒ -	HLA B51	EDTA Blood 3.0 mL	PCR-SSP

* HLA 고정밀도검사 및 교차시험, 특정형별 검사시 문의요함.

* WBC count 및 lymphocyte %가 현저히 낮은 경우 문의요함.

■ Patient information환자정보)

1. 진단명 :
2. 이식예정장기 :
3. Patient's HLA type :
4. 임신력 :
5. 수혈력 :
6. 이식경력 :
7. 일반혈액 검사결과 : WBC count Lymphocyte %
8. 의뢰사유 :

9. PRA(Panel Reactive Antibody) Test

검체채취일 :

결과 :

담당 검사실 : Tel)031-260-9634

담당 전문의 : Tel)031-260-9216

☒의뢰하실 때에는 ☒ 공란에 V 표시하여 주시고, 의뢰항목이 없을 때에는 기타 검사항목 란에 기입해 주십시오.

ISO양식번호 : GCQR-001-0016 Rev.(0) 2012. 7. 1

TEL:031-260-9600
FAX:031-260-9262
446-913 경기도 용인시 기흥구 보정동 314
검체검사기관번호 : 41303059 www.gclabs.co.kr