



## VIZSGÁLATI KÉRŐLAP

### A humán leukocita antigén (HLA) B\*57:01 alléljának kimutatásához

Beteg neve: ..... Születési idő: .....  
Leánykori név: ..... Anyja neve: .....  
Lakcím: ..... TAJ szám: .....  
Beküldő intézmény kódja: ..... Naplósorszám/Törzsszám:.....  
Ellátás típusa: fekvőbeteg-szakellátás , járóbeteg-szakellátás: ; egyéb: .....  
Vizsgálati anyag: perifériás vér ; egyéb:.....

### KÉRT VIZSGÁLAT

A humán leukocita antigén (HLA) B\*57:01 alléljának kimutatása

Megjegyzés:.....

*Vizsgálati anyag:* 3-10 mL ALVADÁSGÁTOLT (citrát/EDTA) perifériás vérminta.  
*Mintakezelés:* 1 hétig +4°C-on tárolható, szobahőn szállítható.  
*Mintafogadás:* hétfő-péntek 8-15.00

A molekuláris genetikai vizsgálatok elvégzéséhez és a genetikai minta tárolásához beteg-tájékoztatást követően írásos beleegyező-nyilatkozat aláírása szükséges! Az írásos beleegyező nyilatkozat hiányában a vizsgálatot nem áll módunkban elvégezni.

Dátum: 20.....

.....  
orvos aláírása és pecsétje



- Cím: 1097 Budapest, Albert Flórián út 5-7 10. épület
- Tel.: +36 1 455 81 66 (Cytogenetika részleg); +36 1 219-6188 (recepció)
- Web: [www.dpckorhaz.hu](http://www.dpckorhaz.hu) • E-mail: [molekularis.genetika@dpckorhaz.hu](mailto:molekularis.genetika@dpckorhaz.hu)