


**REMISS IMMUNOLOGISK TRANSPLANTATIONSUTREDNING  
SOLIDA ORGAN**

<b>Svar till:</b> (avd, klinik, adress, kostnadsställe)  <b>Remitterande läkare:</b> <b>Debitering:</b> (om annan än svarsmottagare)	<b>Identitet:</b> (personnummer och namn)  <b>Prov avser:</b> <input type="checkbox"/> Recipient (patient) <input type="checkbox"/> (Ev) donator; anhörig till: ..... (personnummer, namn, relation)
<b>Provtagningstid:</b> Datum: ..... Klockslag: .....  ID-kontroll: ..... (provtagarens namnteckning)	<input type="checkbox"/> Akut, svar senast: .....  <input type="checkbox"/> Blodsmitta
<b>Organ/vävnad:</b> <input type="checkbox"/> Njure <input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> Pankreas <input type="checkbox"/> Tarm <input type="checkbox"/> Multivisceral <input type="checkbox"/> Hjärta <input type="checkbox"/> Lunga <input type="checkbox"/> Övrigt: .....	
<b>Orsak provtagning:</b> <input type="checkbox"/> Utredning ny patient <input type="checkbox"/> Patient på väntelista <input type="checkbox"/> Vid transplantation <input type="checkbox"/> Rejektion <input type="checkbox"/> Efter transfusion ..... (datum) <input type="checkbox"/> Annan orsak: .....	
<b>Diagnos, kliniska uppgifter:</b>	Aktuell transplantation (datum): ..... Tidigare transplanterat (datum/organ): ..... / ..... Antal graviditeter: ..... Erhållet transfusion/er: <input type="checkbox"/> Ja, datum: ..... <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Antikroppsbehandling: <input type="checkbox"/> Ja, datum: ..... <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej Typ: .....
<b>Enskilda analyser vid specifika frågeställningar:</b> (ordineras av läkare) <input type="checkbox"/> Crossmatch <input type="checkbox"/> Cytotoxisk (CDC) <input type="checkbox"/> Flödescytometrisk (FC) <input type="checkbox"/> Endotelcellscrossmatch (EC) <input type="checkbox"/> Panelreaktiva HLA-antikroppar (PRA) <input type="checkbox"/> Specificitetsbestämning, HLA-antikroppar <input type="checkbox"/> Donatorspecifika antikroppar (DSA) <input type="checkbox"/> HLA-typning	
<small>Biobankslagen Inskickande av denna remiss bekräftar att patienten (alt vårdnadshavare/närstående) har informerats enligt bionankslagen och om att personuppgifterna sparas samt att patienten vill att provet ska sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet <input type="checkbox"/> Patienten vill inte att provet sparas, för ett eller flera ändamål. Nej-talång bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är oförmögen att lämna samtycke och provet sparas tills vidare, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur.</small>	
<b>Laboratoriets anteckningar</b>  	

Information om laboratoriets ackreditering finns på Vävnadstypningslaboratoriet  
**Provtagningsanvisningar, se remissens baksida**

Kontaktuppgifter: Vävnadstypningslaboratoriet, Klinisk Immunologi och Transfusionsmedicin, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset, Vita Stråket 13, 413 45 Göteborg. Tel. 031-342 17 46

## PROVTAGNINGSANVISNINGAR

### Provmärkning och identitetskontroll:

Innan provtagning påbörjas skall provtagningsrör märkas med patient/donators identitetsuppgifter samt provtagningsdatum. Lossnar etikett från rör efter att prov tagits skall provet kasseras.

Vid provtagning utförs identitetskontroll. Uppgifter på rör och remiss kontrolleras mot patient/donators identitetshandling, eller att patient/donator själv anger sitt namn och personnummer. För nyfödda barn anges på remiss och rör: födelsedatum (år, månad, dag), efternamn, kön och barnnummer.

### Försäkran om utförd identitetskontroll:

Provtagaren MÅSTE på avsedd plats på remissen med sin namnunderskrift intyga att identitetskontroll har utförts i enlighet med SOSFS 2009:29. **Prov vars tillhörande remiss saknar provtagarens namnunderskrift kommer ej att analyseras.**

### Provhantering och hållbarhet:

Inför transport skall prov förvaras ocentrifugerat vid rumstemperatur. Prov skall transporteras i provtagningshylsa.

För att prov ska kunna analyseras måste det vara Vävnadstypningslaboratoriet tillhanda inom följande tidsramar efter provtagning:

Prov för HLA-typning: 1 vecka

Prov för HLA-antikroppsundersökning: 4 dygn

Prov för crossmatch (OBS! gäller donatorsprover): 2 dygn

**Prov som ej tagits enligt gällande föreskrifter, t.ex. där remissen saknar provtagarens namnunderskrift, kommer ej att analyseras.**

Frågeställning	Prov och provmängd patient	Prov och provmängd levande donator
Utredning; <b>ny</b> patient	HLA-typning: 1x6 mL EDTA PRA: 1x6 mL EDTA <b>Totalt:</b> 2x6 mL EDTA	-
Utredning; <b>ny</b> patient med levande donator	HLA-typning: 1x6 mL EDTA PRA + crossmatch: 1x6 mL EDTA <b>Totalt:</b> 2x6 mL EDTA	HLA-typning: 1x6 mL EDTA CDC-crossmatch: 1x10 mL ACD/CPD <b>Totalt:</b> 1x10 mL ACD/CPD, 1x6 mL EDTA
Utredning; <b>tidigare typad</b> patient med levande donator	PRA + crossmatch: 1x6 mL EDTA (vid behov*) <b>Totalt:</b> 1x6 mL EDTA	HLA-typning: 1x6 mL EDTA CDC-crossmatch: 1x10 mL ACD/CPD FC-crossmatch: 2x6 mL EDTA (vid behov**) <b>Totalt:</b> 1x10 mL ACD/CPD, 1-3x6 mL EDTA
Patient på väntelista	PRA (4 ggr/år): 1x6 mL EDTA <b>Totalt:</b> 1x6 mL EDTA	-
Vid transplantation	HLA-typning: 1x6 mL EDTA PRA + crossmatch: 1x6 mL EDTA <b>Totalt:</b> 2x6 mL EDTA	HLA-typning: 1x6 mL EDTA CDC-crossmatch: 1x10 mL ACD/CPD FC-crossmatch: 2x6 mL EDTA EC-crossmatch: 4x10 mL ACD/CPD <b>Totalt:</b> 5x10 mL ACD/CPD, 3x6 mL EDTA
Rejektion	DSA + crossmatch: 1x6 mL EDTA <b>Totalt:</b> 1x6 mL EDTA	CDC-crossmatch: 1x10 mL ACD/CPD FC-crossmatch: 2x6 mL EDTA <b>Totalt:</b> 1x10 mL ACD/CPD, 2x6 mL EDTA
Specificitetsbestämning, HLA-antikroppar	1x6 mL EDTA <b>Totalt:</b> 1x6 mL EDTA	-
Efter transfusion (tas tidigast 3 veckor efter transfusion)	PRA: 1x6 mL EDTA <b>Totalt:</b> 1x6 mL EDTA	-

\* Prov för panelreaktiva HLA-antikroppar (PRA) kan användas till crossmatcher under 4 månader från provtagningsdatum förutsatt att patienten ej erhållit transfusioner sedan dess.

\*\* Flödescytometrisk crossmatch (FC) utförs i utredningssteget när man tidigare påvisat antikroppar hos patienten.