Dialyse centrum _____ Afname datum _____ Aanvrager _____

naam patiënt _____

voornamen _____

geboortedatum _____ BSN _____ gesl M/V

adres _____

postcode/plaats _____ _____ _____

ZWANGERSCHAPPEN

aantal	geboortedatum	gesl
		M/V
		M/V
		M/V

TRANSFUSIES (svp aantal invullen + transfusie overzicht meesturen)

aantal	datum	aantal	soort

pc =packed cells gfb =gefiltreerd bloed

MEDICATIE

Omdat bepaalde behandelingen en/of toediening van bepaalde medicatie van invloed kan zijn op de resultaten van onze testen is het noodzakelijk om door te geven als patiënt deze gebruikt of het afgelopen jaar gebruikt heeft, met daarbij aangegeven op welke data deze medicatie/behandeling gebruikt is:

Medicatie		Naam + datum laatste gift:
IVIG (intraveneus immuunglobuline)	Ja/Nee	
Monoclonale antilichamen tegen lymfocyten bv rituximab, alemtuzumab, daclizumab, etc.	Ja/Nee	
Polyclonale antilichamen tegen lymfocyten bv ATG (thymoglobuline, Grafalon), ALG,etc.	Ja/Nee	
Antilichamen tegen complement factoren bv eculizumab	Ja/Nee	
Plasma exchange (Albumine / FFP)	Ja/Nee	

BETREFT:

o 1e weefseltypering 60 ml natrium-heparinebloed + 10 ml stolbloed + 10 ml EDTA bloed

o 2e weefseltypering 60 ml natrium-heparinebloed + 10 ml stolbloed + 10 ml EDTA bloed

o weefseltypering familieleden 60 ml natrium-heparinebloed + 10 ml EDTA bloed
(gegevens familieleden invullen aan ommezijde)

o Transplantectomie d.d.: …….. 10 ml stolbloed afgenomen op dd.: ……..

o Transfusie d.d.: …….. 10 ml stolbloed afgenomen op dd.: ……..

NB Bloedafname uitsluitend na telefonische afspraak 043-3876680. Heparinebloed op kamertemperatuur bewaren en op de dag van afname vóór 13:00 uur op het laboratorium afgeven.

FAMILIEGEGEVENS

naam	
voornamen	
geboortedatum	BSN:
adres	
postcode/plaats	
relatie tot patiënt	

naam	
voornamen	
geboortedatum	BSN:
adres	
postcode/plaats	
relatie tot patiënt	

naam	
voornamen	
geboortedatum	BSN:
adres	
postcode/plaats	
relatie tot patiënt	