

Dialyse centrum  Afname datum  Aanvrager

naam patiënt

voornamen

geboortedatum           BSN gesl  M/V

adres

postcode/plaats

**ZWANGERSCHAPPEN**

aantal	geboortedatum	gesl
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M/V
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M/V
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	M/V

**TRANSFUSIES** (svp aantal invullen + transfusie overzicht meesturen)

aantal	datum	aantal	soort
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

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:**

- 1e weefseltypering                                      60 ml natrium-heparinebloed + 10 ml stolbloed + 10 ml EDTA bloed
- 2e weefseltypering                                      60 ml natrium-heparinebloed + 10 ml stolbloed + 10 ml EDTA bloed
- weefseltypering familieleden                      60 ml natrium-heparinebloed + 10 ml EDTA bloed  
(gegevens familieleden invullen aan ommezijde)
- Transplantectomie d.d.: .....    10 ml stolbloed afgenomen op dd.: .....
- 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