

Dialyse centrum

Afname datum

Aanvrager

AGB-code arts

AGB-code instelling

naam patiënt

voornamen

geboortedatum

BSN

gesl

adres

postcode/plaats

ZWANGERSCHAPPEN

aantal

geboortedatum

gesl

M/V

M/V

M/V

TRANSFUSIES (svp aantal invullen + transfusie overzicht meesturen)

aantal

datum

aantal

Soort product

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																

○ 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.:

FAMILIEGEGEVENS

naamvoornamengeboortedatum

adres

postcode/plaatsrelatie tot patiëntnaamvoornamengeboortedatum

adres

postcode/plaatsrelatie tot patiëntnaamvoornamengeboortedatum

adres

postcode/plaatsrelatie tot patiënt