



CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE ds. TRANSPLANTACJI
Centralny Rejestr Potencjalnych Niespokrewnionych Dawców Szpiku
i Krwi Pępowinowej POLTRANSPLANT
02-001 Warszawa, Al. Jerozolimskie 87

Warszawa, 22 czerwca 2017 r.

Tel/fax (+48-22) 627 07 48 e-mail: rejestr@szpik.info

FORMAL COLLECTION REQUEST /PATIENT AND DONOR DETAILS

PATIENT HLA TYPING

Patient Name											
Patient ID						Date of Birth					
Sex			CMV			Blood Group			Weight (kg)		
Serology	A	A	B	B	Cw	Cw	DR	DR	DQ	DQ	
DNA Typing:											
A*	B*		C*		DRB1*		DRB3/4/5		DQB1*		DPB1*
A*	B*		C*		DRB1*		DRB3/4/5		DQB1*		DPB1*

PATIENT CLINICAL CONDITION

Diagnosis & current disease stage
Describe patient clinical condition
This work-up is considered <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/>

DONOR CONFIRMATORY TYPING

Donor ID				Date of Birth				Sex			
CMV				Blood Group				Weight (kg)			
Serology	A	A	B	B	Cw	Cw	DR	DR	DQ	DQ	
DNA Typing:											
A*	B*		C*		DRB1*		DRB3/4/5		DQB1*		DPB1*
A*	B*		C*		DRB1*		DRB3/4/5		DQB1*		DPB1*
Person Completing Form						Signature			Date		