

深圳市血液中心输血医学研究所 HLA 基因分型申请单

申请医院及科室_____ 申请医生_____ 医生电话_____ 申请日期_____

患者姓名_____ 床号_____ 临床诊断_____ 是否曾经移植: 否 是

受检者信息:

序号	姓名	与患者关系	性别	出生日期	籍贯	采样日期	采样人
1		患者本人					
2							
3							
4							

检测的 HLA 基因座(请在 内打): HLA-A、B、C、DRB1、DQB1

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HLA-A | <input type="checkbox"/> HLA-B | <input type="checkbox"/> HLA-C |
| <input type="checkbox"/> HLA-DRB1 | <input type="checkbox"/> HLA-DQB1 | <input type="checkbox"/> HLA-DPB1 |
| <input type="checkbox"/> 其它 | | |

样本要求: 采血无需空腹, EDTA 抗凝管, 血量 5-10 毫升(可分 2-4 管), 注意颠倒混匀, 样管上清晰标识受检者姓名。非化疗期采样, 且外周血白细胞计数 $>2.5 \times 10^9/L$ 。

取报告方式: 现场取 联系电话_____

邮寄 收件人、地址及电话_____

付费方式: 按深圳市物价局收费标准, 800 元人民币/人份/基因座, 现场只接受**银联卡、微信或支付宝**等付款方式。

如通过**转账**方式汇款, 按照以下户名、账号进行汇款, **附言一栏必须备注患者姓名**
 户名: 深圳市血液中心
 开户行: 中国银行深圳文锦广场支行
 账号: 758857939780

实验室优势: 本实验室为我国南方 5 省唯一的“中华骨髓库 HLA 高分辨水平基因分型确认实验室”, 所有样本均分别使用两种不同方法、不同厂家试剂检测, 两种结果相符后才发出确认报告。

免费二次复检: 初次在本实验室进行过 HLA 高分辨基因分型的患者和一位计划亲缘供者, 可在移植前送血样至本实验室进行**免费复核**, 以使患者在血样采集、运输等环节可能出错的风险降到最低, 同时也为患者节省费用支出, 患者始终只需支付一次检测费用。

HLA 分型检测知情同意: 同意将检测后的剩余标本匿名用于输血医学研究和统计分析, 为制定安全输血策略、疾病关联研究提供依据。

患者签名: _____

深圳市血液中心 HLA 高分辨确认实验室地址: 深圳市福田区田安托山一路 2 号 深圳市血液中心 8 楼。邮编: 518040。咨询电话: 0755-25607013 邮箱: 3511769053@qq.com 传真: 0755-83221000