



株式会社リプロセル 臨床検査室
〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜3-8-11 メットライフ新横浜ビル8階
Tel:045-475-3882 Fax:045-474-1006



検査発注書

施設・病院名		科名	
担当医名	先生		
電話番号		FAX番号	
検体採取日時	年 月 日	(AM, PM)	時 分 ころ

御希望の検査にチェック(レ)を御願い致します。

One Lambda社 抗HLA抗体試薬 (FlowPRA,LABScreen)

抗HLA抗体スクリーニング検査(FlowPRA,Class I & II)

<input type="checkbox"/> FlowPRA Class I & II (RCCE007)	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
---	----------------------------

抗HLA抗体シングル同定検査(LABScreen,Class I or II) ・ MICA抗体検査(LABScreen,MICA)

<input type="checkbox"/> LABScreen Class I (RCCE013)	<input type="checkbox"/> LABScreen Class I, II (RCCE045)	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
<input type="checkbox"/> LABScreen Class II (RCCE014)	<input type="checkbox"/> LABScreen MICA (RCCE023)	

IMMUCOR社 抗HLA抗体試薬 (LIFECODES®)

抗HLA抗体スクリーニング検査(LIFECODES® LifeScreen Deluxe Kit , Class I & II)

<input type="checkbox"/> LMX Class I & II (RCCE032)	検体量 血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
---	-----------------------------------

抗HLA抗体シングル同定検査(LIFECODES® LSA , Class I or II)

<input type="checkbox"/> LSA Class I (RCCE033)	<input type="checkbox"/> LSA Class I, II (RCCE046)	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
<input type="checkbox"/> LSA Class II (RCCE034)		

その他

フローサイトクロスマッチ検査 (FCXM)

<input type="checkbox"/> T cell & B cell (RCCE021)	Recipient (患者)	全血(プレーン管) 2mL
	Donor (提供者)	全血(ヘパリン管)10mL 又は 全血(EDTA管) 7mL

HLAタイピング検査(PCR-rSSO法)

<input type="checkbox"/> HLA-A、B、DRB1セット (RCCE041)	<input type="checkbox"/> HLA-A、B、C、DRB1セット(RCCE042)	全血(EDTA管) 2mL	
<input type="checkbox"/> HLA-A、B、DRB1、DQB1セット(RCCE043)	<input type="checkbox"/> HLA-A、B、C、DRB1、DQB1セット(RCCE044)		
<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

C1q-抗HLA抗体検査(LABScreen,Class I or II)

<input type="checkbox"/> C1q-HLA Class I	血清 1mL 又は 全血(プレーン管) 2mL
<input type="checkbox"/> C1q-HLA Class II	

Recipient (患者) ・ Donor ① ・ Donor ② 情報

Recipient 検体標識(ID)・患者名等	性別	男 ・ 女	年齢	歳
臨床診断名	人種	日本人 ・ 日本人(直系尊属に外国人含) ・ 外国人		
リキサン(リキシマブ)投与	投与薬剤名			
Thymoglobuline 投与	← FCXM検査では偽陽性反応をしますので必ずご記入ください。			
妊娠歴	輸血歴	有 () 回 ・ 無 ・ 不明		
移植歴(予定含む)	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日	
Donor ① 検体標識(ID)・患者名等	性別	男 ・ 女	年齢	歳
(Recipientとの続柄)	人種	日本人 ・ 日本人(直系尊属に外国人含) ・ 外国人		
Donor ② 検体標識(ID)・患者名等	性別	男 ・ 女	年齢	歳
(Recipientとの続柄)	人種	日本人 ・ 日本人(直系尊属に外国人含) ・ 外国人		

HLA情報	HLA-A	HLA-B	HLA-C	DR	DQ
Recipient					
Donor ①					
Donor ②					

その他特記事項(履歴など含む)

※患者様、提供者様を識別、確認するためにID番号を必ず採血管にご記入下さい。
※予約検査:ご出検には必ずご連絡下さい。(FAX可) 検査可能日:火~土曜日(祝日は除く)