|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **脐带血正式查询申请表**  地址：广州市黄埔区科学城南云四路1号 邮编：510663  配型查询直线：（86 20）82260354 传真：（86 20）82075240    **申请人资料** | | | | | | | |
| **申请日期：** | | | | **申请医院：** | | | |
| **申请医师：** | | | | **主治医师：** | | | |
| **电话：** | | | | **传真：** | | | |
| **患者资料** | | | | | | | |
| **姓名：** | | **性别：** | | | | **年龄：** | |
| **体重(kg）：** | | **ABO血型：** | | | | **Rh血型：** | |
| **诊断：** | | | | | | **疾病状态：** | |
| **患者HLA分型结果** | | | | | | | |
| **HLA-A** | **HLA-B** | | **HLA-C** | | **HLA-DRB1** | | **HLA-DQB1** |
|  |  | |  | |  | |  |

**脐带血信息（只能填写一份脐带血，若选择多份脐带血需在另外一张申请表上填写）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **脐带血编号：** | | |
| **脐带血HLA初步分型结果** | | |
| **HLA-A** | **HLA-B** | **HLA-DRB1** |
|  |  |  |

**临床医师请注意：**脐带血出库前复核项目包括ABO/Rh血型、细胞活性、CD34+%、CFU-GM培养、HBsAg、HCV抗体、HIV抗体、梅毒、CMV-IgM和HLA分型。

|  |
| --- |
| **主治医师选择上述脐带血进行临床治疗前的出库复核检测：**   * 由于CFU-GM培养需要14天出具结果，因患者病情原因，我选择：   □等待 □不等待 CFU-GM培养结果   * HLA复核配型将仅限定于HLA-A、B、DRB1低分辨。如有对HLA分型复核的特殊要求，请注明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * 如有其他要求，请注明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**医师签名： 申请日期：**

**复 核 人： 日 期：**