

**Sede central**

Ramón L. Falcón 2534

Tel.: 4610-9900 ☎ 11 2040-1170

www.rapela.com.ar |   /laboratoriorapela



**Laboratorio  
Dr. Rapela**

# CUESTIONARIO HLA

## Identificación de la muestra

Centro remitente: .....

Apellido y Nombre: .....

Fecha de nacimiento: ..... DNI: .....

Condición:  Evaluación pre trasplante :

Donante

Receptor

Evaluación post trasplante

Si es donante:

Nombre del receptor: .....

Vínculo biológico con el receptor: .....

Patología:

Trasplante Renal

Trasplante hepático

Trasplante corazón

Trasplante M.O.

Otro: .....

Estudio solicitado:

HLA-A

Cross match panel - PRA (Luminex)

HLA-B

Screening de anticuerpos anti -HLA  
clase I y II (Luminex)

HLA-C

HLA-DR

Especificidad de anticuerpos anti-HLA  
clase I y II (Luminex)

HLA-DQ

HLA-DP

Cross match donante específico  
(citometría de flujo)

HLA-B27

HLA-B57:01

Material remitido:

Sangre anticoagulada

Suero

Otro: .....

Fecha de toma de muestra: ..... / ..... / .....

Fecha de envío: ..... / ..... / .....