

血小板免疫学检测申请单

患者姓名_____性别_____年龄_____民族_____身份证号_____

送检单位_____科室_____床号_____住院号_____

临床诊断_____ABO 血型_____血小板计数_____×10⁹/L

输血史 ☐无 ☐有: 种类_____次数_____妊娠史 ☐无 ☐有: 孕____产_____

简要病史及临床表现: _____

1. 送检项目及标本要求 (以√表示):

送检项目	标本要求	送检时间
☐ 血小板配型和交叉配血 _____人份	1. EDTA 抗凝全血 3ml 2. 不抗凝全血 3ml	周一至周五: 8:00 — 12:00, 14:30 — 17:30; 周末及节假日: 电话联系 实验室: 0771-3949212 办公室: 0771-3217522
☐ 血小板同种抗体检测 (血小板输注无效)	1. EDTA 抗凝全血 3ml 2. 不抗凝全血 3ml	
☐ 血小板同种抗体检测 (新生儿同种免疫血小板减少症)	1. 父、母亲 EDTA 抗凝全血各 10-15ml, 婴儿 EDTA 抗凝全血 3ml 2. 血样抽取后常温保存, 尽快 (8 小时 内) 送到本室	
☐ 各类血小板膜糖蛋白缺损或 变异的检测和鉴定	1. EDTA 抗凝全血 10-15ml 或其他, 血样 抽取后常温保存, 尽快 (8 小时内) 送到本室 2. 抽血前请电话联系	
☐ 药物依赖性血小板抗体检测	1. EDTA 抗凝全血 3ml 及不抗凝全血 3ml 2. 所使用的药物 3. 抽血前请电话联系	
☐ 血小板特异性抗原的血清学 和基因分型鉴定	EDTA 抗凝全血 5ml*2 管	
☐ 粒细胞抗原基因分型鉴定	EDTA 抗凝全血 5ml	
☐ 其他	电话联系	

注: 该送检血样有可能应用于相关科学研究, 本实验室确保受试者信息不外流。患者 (受试者) 若拒绝参与相关科学研究, 请勾选。 ☐不愿意参与

2. 地址:

单位: 南宁中心血站 南宁输血医学研究所 血小板免疫学实验室

地址: 广西南宁市科园大道 18 号, 业务大楼 11 楼

送检医师_____联系电话_____送检日期_____