

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_____院区_____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. ACD 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. ACD 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 ACD 抗凝全血各 10-15ml， 婴儿 ACD 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 3. 抽血前请电话联系	
☐ 各类血小板膜糖蛋白缺损或 变异的检测和鉴定	1. ACD 抗凝全血 10-15ml，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	
☐ PF4 抗体检测 （肝素诱导血小板减少症）	1. ACD 抗凝全血 3ml 及不抗凝全血 3ml 2. 抽血前请电话联系	
☐ 药物依赖性血小板抗体检测	1. ACD 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	ACD 抗凝全血 5ml*2 管	
☐ 粒细胞抗原基因分型鉴定	ACD 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：南宁市科园大道 18 号南宁中心血站业务大楼 11 楼：血小板免疫学实验室

送检医师_____

联系电话_____

送检日期_____