

Etichetta dati paziente	RICHIESTA DI TIPIZZAZIONE HLA PER LO STUDIO DI ASSOCIAZIONE HLA E MALATTIE
-------------------------	---

*PRESTAZIONI ESEGUITE DAL LABORATORIO HLA - U.O.C. IMMUNOTRASFUSIONALE
 SECONDO LE LINEE GUIDA DELL'AIBT (Associazione Italiana di Immunogenetica e Biologia dei Trapianti)*

	PATOLOGIA	METODICA e LOCI HLA DA TIPIZZARE	<i>PER AOPD e ULSS16 CODICE SSI DA ACCETTARE</i>
<input type="checkbox"/>	DIABETE TIPO I o	<i>Biol. Molecolare:</i>	DRB1B
<input type="checkbox"/>	DIABETE TIPO I e CELIACHIA	DRB1 bassa risoluzione	DQA1A
		DQA1 alta risoluzione	DQB1A
		DQB1 alta risoluzione	EDNA
<input type="checkbox"/>	ARTRITE REUMATOIDE	<i>Biol. Molecolare:</i> DRB1 bassa risoluzione	DRB1B
			EDNA
<input type="checkbox"/>	SPONDILITE ANCHILOSANTE	<i>Sierologia:</i> A, B	HLA
<input type="checkbox"/>	ARTRITE REATTIVA	<i>Sierologia:</i> A, B	HLA
<input type="checkbox"/>	PSORIASI	<i>Biol. Molecolare:</i> C bassa risoluzione	HLA-CB
			EDNA
<input type="checkbox"/>	UVEITI	<i>Sierologia:</i> A, B	HLA
<input type="checkbox"/>	MALATTIA DI BEHCET	<i>Sierologia:</i> A, B	HLA
<input type="checkbox"/>	SCLEROSI MULTIPLA	<i>Biol. Molecolare:</i> DRB1 bassa risoluzione	DRB1B
			EDNA
<input type="checkbox"/>	NARCOLESSIA	<i>Biol. Molecolare:</i> DQB1 bassa risoluzione In presenza di particolari gruppi allelici si esegue anche DQB1 ad alta risoluzione	DQB1B
			EDNA
			DQB1A
<input type="checkbox"/>	TERAPIA CON ABACAVIR (B*57:01)	<i>Biol. Molecolare:</i> B bassa risoluzione	HLA-BB
			EDNA
<input type="checkbox"/>	ALTRO (DOPO ACCORDI) * indicando il sospetto diagnostico:		

NB. Si ricorda che le richieste di tipizzazione HLA per sola celiachia e ricerca di B27 vanno inviate al Laboratorio Centrale AOPD

Per altre patologie, tra cui Artrite giovanile, Autismo, Miastenia Gravis, Epatopatie Biliari e Sindrome da overlap, Neoplasie Oculari, Trombosi venosa profonda e Alterazioni coagulative non ci sono attualmente indicazioni per l'esecuzione della tipizzazione HLA.

* Qualsiasi altra indicazione di tipizzazione HLA che non faccia parte delle linee guida stabilite deve essere concordata e motivata con il Direttore dell'U.O. Immunotrasfusionale ed il Responsabile del Laboratorio HLA.

Data _____

Firma _____

Telefono _____