

## نمونه مجهول ایمونوهماولوژی ABO/Rh(D)

شماره نمونه : ۲۲۴۰

### نگهداری و پایداری:

- نمونه های ارسالی شامل یک ویال سرم و یک ویال سوسپانسیون گلبولی ۵-۲٪ میباشد باید در دمای ۸ تا ۲۰ درجه سانتی گراد در یخچال قرار گیرد و همانند نمونه بیمار و تحت همان شرایط نگهداری و مصرف شود.

### روش استفاده :

- محتویات ویال ها به صورت آماده در اختیار شما قرار گرفته است و باید حداکثر ظرف مدت ۵ روز پس تحویل آزمایش شود.
- عدم توجه به زمانبندی ارائه شده جهت انجام آزمایش، شرایط نمونه ارسالی را تغییر داده و ناپایداری آن ، باعث نتایج نامناسب خواهد شد.

علی رغم بررسی اولیه نمونه های ارسالی از نظر HIV Ab, HBs Ag ,HCV Ab لازم است نمونه ها مشابه نمونه های انسانی منبع بالقوه عفونت تلقی شده و هنگام استفاده کلیه الزامات ایمنی رعایت گردد

در زمان آزمایش طبق دستورالعمل موجود در آزمایشگاه ، تست های درخواستی را انجام داده و نتیجه را طبق جداول صفحه بعد گزارش نمایید.

- **تذکره ۱:** هر دو نمونه متعلق به یک بیمار است.
- **تذکره ۲:** گلبول قرمز برای انجام آزمایش Cell Type و سرم برای انجام آزمایش Back Type است.
- **نکته ۱:** تعیین Rh زمانی اعتبار دارد که همراه با لوله حاوی Anti-D , یک لوله دیگر حاوی معرف Rh-Control (مانند آلبومین ۶٪) آزمایش شده و واکنش منفی در لوله کنترل مشاهده شود. ( برای تهیه آلبومین ۶٪ , میتوان آلبومین ۲۲٪ را رقیق کرد)
- **نکته ۲:** در صورت وجود اتوانتی بادی در خون بیمار و یا پوشیده شدن گلبول های قرمز بیمار با آنتی بادی و یا اجزاء کمپلمان , در لوله کنترل واکنش مثبت مشاهده می شود و نتیجه آزمایش Rh-Control معتبر نیست و Unresolved گزارش می شود.

تاریخ دریافت نمونه :	تاریخ انجام آزمایش:
----------------------	---------------------

✓ خواهشمند است جدول انجام آزمایش ها را بر اساس اطلاعات درخواستی شامل روش انجام تست، شرکت سازنده معرف و نوع معرف Rh(D) به شکل صحیح و خوانا تکمیل نمایید.

نام آزمایش	روش انجام	شرکت سازنده معرف	نوع معرف Rh(D)
ABO/Rh(D)	Tube test <input type="checkbox"/> Slide Test <input type="checkbox"/> Other specify .... <input type="checkbox"/>	Anti-A : Anti-B : Anti-D : Rh control : A1 cells: B cells : AHG(used <input type="checkbox"/> not used <input type="checkbox"/> ):	Monoclonal(IgM) <input type="checkbox"/> Blend(IgG , IgM) <input type="checkbox"/>

✓ لطفا درجه واکنش و تفسیر نتایج را در جلوی هر مورد علامت بزنید.

✓ بر اساس آخرین مرحله واکنش تفسیر شود.

ABO					Rh(D)				
درجه واکنش	Anti-A	Anti-B	A1-cells	B-cells	تفسیر ABO	درجه واکنش	Anti-D	Rh-control	تفسیر Rh(D)
4+					A <input type="checkbox"/>	4+			Pos <input type="checkbox"/>
3+					B <input type="checkbox"/>	3+			Neg <input type="checkbox"/>
2+					AB <input type="checkbox"/>	2+			Unresolved <input type="checkbox"/>
1+					O <input type="checkbox"/>	1+			
(+)					Unresolved <input type="checkbox"/>	(+)			
mf					mf=mixed field	mf			mf=mixed field
Neg						Neg			

بیستگاه ایرانیان  
 شرکت تضمین کیفیت آزمایشگاه های پزشکی

مهر و امضاء

تاریخ:

نام مسئول فنی

قابل توجه همکاران محترم : نسخه ای از گزارشات بخش ایمنوهماتولوژی با اسم آزمایشگاه شما در اختیار سازمان انتقال خون

ایران قرار می گیرد. لطفا انتقادات و پیشنهادهای خود را درباره برنامه حاضر ذیلا اعلام بفرمائید.

## نمونه مجهول ایمنوهماتولوژی (Indirect Coombs Test ( Ab Screening Test)

شماره نمونه: ۲۲۶۰

### نگهداری و پایداری:

- نمونه ارسالی، حاوی یک ویال سرم بوده که باید در دمای ۸ تا ۲۰ درجه سانتی گراد در یخچال قرار گیرد و همانند یک نمونه بیمار و تحت همان شرایط نگهداری و مصرف شود.

علی رغم بررسی اولیه نمونه های ارسالی از نظر HIV Ab, HBs Ag, HCV Ab لازم است نمونه ها مشابه نمونه های انسانی منبع بالقوه عفونت تلقی شده و هنگام استفاده کلیه الزامات ایمنی رعایت

۰۰

### روش استفاده:

- محتویات ویال به صورت آماده در اختیار شما قرار گرفته است. نمونه باید حداکثر ظرف مدت ۵ روز پس از تحویل آزمایش شود.
- عدم توجه به زمانبندی ارائه شده جهت انجام آزمایش، شرایط نمونه ارسالی را تغییر داده و ناپایداری آن، باعث نتایج نامناسب خواهد شد.
- در زمان آزمایش طبق دستورالعمل موجود در آزمایشگاه، تست های درخواستی را انجام داده و نتیجه را طبق جداول صفحه بعد گزارش نمایید.

نکته: جهت کنترل و معتبر سازی نتایج منفی آزمایش **Ab Screening**، یک قطره از گلیبول قرمز حساس شده (چک سل) به لوله های منفی اضافه شده و باید آگلوتیناسیون (۱ - + ۲) مشاهده شود.

قابل توجه همکاران محترم: نسخه ای از گزارشات بخش ایمنوهماتولوژی با اسم آزمایشگاه شما در اختیار سازمان انتقال خون ایران قرار می گیرد. لطفا انتقادات و پیشنهادهای خود را درباره برنامه حاضر ذیلا اعلام بفرمائید.

شرکت تضمین کیفیت آزمایشگاه های پزشکی

تاریخ دریافت نمونه :	تاریخ انجام آزمایش:
----------------------	---------------------

✓ خواهشمند است جدول انجام آزمایش ها را بر اساس اطلاعات درخواستی شامل روش انجام تست، شرکت سازنده معرف ها به شکل صحیح خوانا تکمیل نمایید.

Indirect Coombs Test ( pool of 3 cells)			
نام آزمایش	روش انجام آزمایش	مرکز یا شرکت سازنده کیت	نام شرکت سازنده معرف
آزمایش کومبس Indirect (Ab Screening Test)	Liss,Tube method <input type="checkbox"/> Albumin,Tube method <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Specify.....	IBTO <input type="checkbox"/> Lot number Home made <input type="checkbox"/>	آنتی هیومن گلبولین: AHG Liss: Albumin: IgG Control Cells: .... چک سل

IBTO: سازمان انتقال خون ایران

لطفاً درجه واکنش و تفسیر نتایج را علامت بزینید:

Indirect Coombs Test		Interpretation
درجه واکنش	نمونه سرم ارسالی	
4+		Positive <input type="checkbox"/>  Negative <input type="checkbox"/>
3+		
2+		
1+		
(+)		
MF		
Negative		

MF: Mixed Field

## نمونه مجهول ایمنوهماتولوژی Cross match

شماره نمونه: ۲۲۵۰

### نگهداری و پایداری:

- نمونه های ارسالی، حاوی یک ویال سرم و یک ویال سوسپانسیون ۵-۲٪ بوده که باید در دمای ۲ تا ۸ درجه سانتی گراد در یخچال قرار گیرد و همانند یک نمونه بیمار و تحت همان شرایط نگهداری و مصرف شود.

علی رغم بررسی اولیه نمونه های ارسالی از نظر HIV Ab, HBs Ag, HCV Ab لازم است نمونه ها مشابه نمونه های انسانی منبع بالقوه عفونت تلقی شده و هنگام استفاده کلیه الزامات ایمنی رعایت

۴ ۰۰

### روش استفاده:

- محتویات ویال ها به صورت آماده در اختیار شما قرار گرفته است. نمونه ها باید حداکثر ظرف مدت ۵ روز پس از تحویل آزمایش شود. عدم توجه به زمانبندی ارائه شده جهت انجام آزمایش، شرایط نمونه ارسالی را تغییر داده و ناپایداری آن، باعث نتایج نامناسب خواهد شد.

- در زمان آزمایش طبق دستورالعمل موجود در آزمایشگاه، تست های درخواستی را انجام داده و نتیجه را طبق جداول صفحه بعد گزارش نمایید.

تذکرا: سرم به عنوان نمونه بیمار و سوسپانسیون به عنوان نمونه اهدا کننده می باشد.

قابل توجه همکاران محترم: نسخه ای از گزارشات بخش ایمنوهماتولوژی با اسم آزمایشگاه شما در اختیار سازمان انتقال خون ایران قرار می گیرد. لطفا انتقادات و پیشنهادهای خود را درباره برنامه حاضر ذیلا اعلام بفرمائید.

شرکت تضمین کیفیت آزمایشگاه های پزشکی

✓ خواهشمند است جدول انجام آزمایش ها را بر اساس اطلاعات درخواستی شامل روش انجام تست، شرکت سازنده معرف ها به شکل صحیح و خوانا تکمیل نمایید.

تاریخ دریافت نمونه :	تاریخ انجام آزمایش:
----------------------	---------------------

Compatibility Test		
نام آزمایش	روش انجام آزمایش	شرکت سازنده معرف
Cross match	Liss, Tube method <input type="checkbox"/> Albumin, Tube method <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Specify.....	AHG:..... آنتی هیومن گلوبولین: Liss:..... Albumin:..... IgG Control Cells:..... چک سل

لطفاً درجه واکنش و تفسیر نتایج را علامت بزنید:

Cross match	
درجه واکنش	نمونه سرم و سوسپانسیون ارسالی
4+	
3+	
2+	
1+	
(+)	
MF	
Negative	
Interpretation	Compatible <input type="checkbox"/> Incompatible <input type="checkbox"/>

MF: Mixed Field

مهر و امضاء:

تاریخ:

نام مسئول فنی :