

Žádanka o vyšetření imunofenotypizace leukocytů

verze 0519

Odesílatel (razítko, podpis):



laboratorní vyšetření v klinické imunologii a alergologii

Kontaktní adresa: Kavanova 438, 533 51 Pardubice 17 - Rosice
Tel. 466 644 000
e-mail: interimun@interimun.cz
Žádanka a informace k prováděným metodám: www.interimun.cz

IČP:

Odbornost:

Jméno a příjmení pacienta:

Poznámky:

Číslo pojištěnce / RČ:

Kód diagnózy:

Pojišťovna:

Pohlaví: M Ž

Datum narození:

Kontakt na pacienta:

Datum a čas odběru vzorku:

Odběr provedl:

Materiál k imunofenotypizaci:	Suspekce / Diagnóza:	Stav pacienta:	Počet leukocytů v perif. krvi:
<input type="checkbox"/> periferní krev	<input type="checkbox"/> ALL	<input type="checkbox"/> záchyt	<input type="checkbox"/> do 2,0 (10 ⁹ /l)
<input type="checkbox"/> likvor	<input type="checkbox"/> CLL	<input type="checkbox"/> relaps	<input type="checkbox"/> 2 - 10 (10 ⁹ /l)
<input type="checkbox"/> sternální punkce	<input type="checkbox"/> AML	<input type="checkbox"/> v léčbě (den): _____	<input type="checkbox"/> 10 - 20 (10 ⁹ /l)
<input type="checkbox"/> výpotek	<input type="checkbox"/> NHL	<input type="checkbox"/> remise	<input type="checkbox"/> nad 20 (10 ⁹ /l)
<input type="checkbox"/> trepanobiopsie	<input type="checkbox"/> CML		<input type="checkbox"/> lymfocytóza
<input type="checkbox"/> uzlina	<input type="checkbox"/> HCL		
<input type="checkbox"/> BALF	<input type="checkbox"/> MDS		
<input type="checkbox"/> jiný: _____	<input type="checkbox"/> PNH		
	<input type="checkbox"/> MM / MGUS		

Vzorky nesrážlivé PK, SP a trepanobiopsie odebírejte přednostně do lithium heparinu (lze použít i odběr do EDTA nebo citrátu sodného).

Žádanka o vyšetření imunofenotypizace leukocytů

verze 0519

Odesílatel (razítko, podpis):



laboratorní vyšetření v klinické imunologii a alergologii

Kontaktní adresa: Kavanova 438, 533 51 Pardubice 17 - Rosice
Tel. 466 644 000
e-mail: interimun@interimun.cz
Žádanka a informace k prováděným metodám: www.interimun.cz

IČP:

Odbornost:

Jméno a příjmení pacienta:

Poznámky:

Číslo pojištěnce / RČ:

Kód diagnózy:

Pojišťovna:

Pohlaví: M Ž

Datum narození:

Kontakt na pacienta:

Datum a čas odběru vzorku:

Odběr provedl:

Materiál k imunofenotypizaci:	Suspekce / Diagnóza:	Stav pacienta:	Počet leukocytů v perif. krvi:
<input type="checkbox"/> periferní krev	<input type="checkbox"/> ALL	<input type="checkbox"/> záchyt	<input type="checkbox"/> do 2,0 (10 ⁹ /l)
<input type="checkbox"/> likvor	<input type="checkbox"/> CLL	<input type="checkbox"/> relaps	<input type="checkbox"/> 2 - 10 (10 ⁹ /l)
<input type="checkbox"/> sternální punkce	<input type="checkbox"/> AML	<input type="checkbox"/> v léčbě (den): _____	<input type="checkbox"/> 10 - 20 (10 ⁹ /l)
<input type="checkbox"/> výpotek	<input type="checkbox"/> NHL	<input type="checkbox"/> remise	<input type="checkbox"/> nad 20 (10 ⁹ /l)
<input type="checkbox"/> trepanobiopsie	<input type="checkbox"/> CML		<input type="checkbox"/> lymfocytóza
<input type="checkbox"/> uzlina	<input type="checkbox"/> HCL		
<input type="checkbox"/> BALF	<input type="checkbox"/> MDS		
<input type="checkbox"/> jiný: _____	<input type="checkbox"/> PNH		
	<input type="checkbox"/> MM / MGUS		

Vzorky nesrážlivé PK, SP a trepanobiopsie odebírejte přednostně do lithium heparinu (lze použít i odběr do EDTA nebo citrátu sodného).