

ŽÁDANKA NA IMUNOFENOTYPIZAČNÍ VYŠETŘENÍ

Příjmení a jméno		Razítko zdravotnického zařízení (adresa, IČP, odbornost) Razítko a podpis lékaře
Číslo pojištěnce		
Adresa		
Kód pojišťovny	Pohlaví: M Ž	
Diagnóza		
Datum a čas odběru		

MATERIÁL			
<input type="checkbox"/> periferní krev ¹	<input type="checkbox"/> produkt aferézy	<input type="checkbox"/> aspirát z BAL ³	<input type="checkbox"/> lymfatická uzlina ³
<input type="checkbox"/> kostní dřev ¹	<input type="checkbox"/> mozkomíšní mok ²	<input type="checkbox"/> pleurální výpotek ³	
<input type="checkbox"/> jiný materiál (specifikujte):			
¹ odběr do K3EDTA, uchování a transport při pokojové teplotě do 24 h od odběru			
² odběr do sterilní zkumavky, uchování a transport při pokojové teplotě do 1h po odběru - KONTAKTOVAT LABORATOŘ NA TEL. 739 342 301 , jinak odběr do TransFix a uchování v lednici (4°-8°C)			
³ odběr do sterilní zkumavky, tkáň do fyz.roztoku, uchování a transport při pokojové teplotě v den odběru			

DŮVOD VYŠETŘENÍ A KLINICKÉ INFORMACE	
<input type="checkbox"/> diagnostika <input type="checkbox"/> kontrolní vyšetření <input type="checkbox"/> jiný důvod	Informace o pacientovi (včetně léčby) a další údaje:
<input checked="" type="checkbox"/> RUTINA <input type="checkbox"/> STATIM (V případě urgentního zpracování vzorku nutná telefonická domluva na tel. 739 342 301)	

POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ		
<input type="checkbox"/> Cytopenie (nejasná) - screening <input type="checkbox"/> Lymfoproliferace - screening <input type="checkbox"/> B lymfoproliferace <input type="checkbox"/> T/NK lymfoproliferace <input type="checkbox"/> CLL <input type="checkbox"/> CLL - MRD analýza <input type="checkbox"/> HCL <input checked="" type="checkbox"/> CD34+ buňky	<input type="checkbox"/> Dif. dg. AML/ALL <input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> Myelodysplastický syndrom <input type="checkbox"/> Chronická myeloproliferace <input type="checkbox"/> PNH <input type="checkbox"/> MCP (CD46) <input type="checkbox"/> Mastocytoza	<input type="checkbox"/> Mnohočetný myelom/MGUS <input type="checkbox"/> Mnohočetný myelom - MRD analýza <input type="checkbox"/> IgM MGUS/WM <input type="checkbox"/> CTCs <input type="checkbox"/> CarT (BCMA - den po aplikaci) <input type="checkbox"/> CarT (CD19 - den po aplikaci) <input type="checkbox"/> Subpopulace lymfocytů (B, T, NK) <input type="checkbox"/> Imunoregulační index (CD4/CD8)
<input type="checkbox"/> Jiný typ vyšetření (specifikujte) nebo diagnóza (uved'te):		

Vyplní laboratoř: Leukocyty Lymfocyty Monocyty Granulocyty RBC / PLT