

ŽÁDANKA NA IMUNOFENOTYPIZAČNÍ VYŠETŘENÍ

Příjmení: Jméno: Číslo pojištění: Pohlaví: ☐ M ☐ ŽPojišťovna: ☐ SamoplátceDatum / čas odběru: / Diagnóza: Adresa:

štítek OM

Razítko a podpis lékaře:

Žadanku vyplňujte čitelně, požadované metody označte vyplněním koleček černou nebo modrou barvou - správně: ☐ ☒, chybně: ☒

MATERÁL

Datum odběru:	Čas odběru:	Odběr provedl:
☐ periferní krev ¹	☐ produkt aferézy	☐ aspirát z BAL ³
☐ kostní dřeň ¹	☐ mozkomíšní mok ²	☐ lymfatická uzlina ³
☐ jiný materiál (specifikujte):	☐ pleurální výpotek ³	

¹ odběr do K3EDTA, uchování a transport při pokojové teplotě do 24 h od odběru² odběr do zkumavky TransFix (na vyžádání dodá laboratoř tel. 739 342 301) a uchování v lednici; jinak odběr do sterilní zkumavky a transport při pokojové teplotě do 1h po odběru (kontaktovat řidiče 734 878 683, 703 474 466)³ odběr do sterilní zkumavky, tkáň do fyz. roztoku, uchování a transport při pokojové teplotě v den odběru

DŮVOD VYŠETŘENÍ A KLINICKÉ INFORMACE

- ☐ diagnostika (prvotní vyšetření)
- ☐ kontrolní vyšetření (opakované)
- ☐ jiný důvod

☐ RUTINA ☐ STATIM

V případě urgentního zpracování vzorku nutná telefonická domluva na tel.: 739 342 301

Informace o pacientovi (včetně léčby) a další údaje:

POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ

(v případě patologického nálezu bude automaticky doplněna fenotypizace patologické populace)

☐ Cytopenie (nejasná) - screening	☐ Dif. dg. AML/ALL	☐ Mnohočetný myelom/MGUS
☐ Lymfoproliferace - screening	☐ AML	☐ Mnohočetný myelom - MRD analýza
☐ B lymfoproliferace	☐ ALL	☐ IgM MGUS/WM
☐ T/NK lymfoproliferace	☐ Myelodysplastický syndrom	☐ CTCs
☐ CLL - MRD analýza	☐ Chronická myeloproliferace	☐ CarT (BCMA - den po aplikaci:
☐ HCL	☐ PNH	☐ CarT (CD19 - den po aplikaci:
☐ CD34+ buňky ☐ vitalita	☐ MCP (CD46)	☐ Subpopulace lymfocytů (B, T, NK)
☐ CD3+ buňky (z WBC) ☐ vitalita	☐ Mastocytóza	☐ Imunoregulační index (CD4/CD8)

☐ Jiný typ vyšetření (specifikujte) nebo diagnóza (uvedte):

071010126

Vyplní laboratoř:

Leukocyty

Lymfocyty

Monocyty

Granulocyty

RBC / PLT