

JEDNOSTKA KIERUJĄCA:

--

Skierowanie do Pracowni Cytometrii Przepływowej
ul. Szamarzewskiego 84 60-569 Poznań tel. 61-8549595
LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ w Poznaniu

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ROZPOZNANIE KLINICZNE/PODEJRZENIE (np. etap leczenia, inne informacje kliniczne):

.....

.....

.....

ICD-10:

Material badany:

Liczba leukocytów:(G/l)

Proszę o wykonanie badania:

<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – diagnostyka MM
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – diagnostyka MDS
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – diagnostyka chorób limfoproliferacyjnych
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – diagnostyka AML, ALL
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – diagnostyka PNH
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – diagnostyka MPN
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – ZAP-70
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – ocena choroby resztkowej (NHL-T,NHL-B)
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – ocena choroby resztkowej HCL
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – ocena choroby resztkowej AML/ALL
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – ocena choroby resztkowej w MM
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – badanie żywotności komórek CD34+ w materiale transplantacyjnym
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – pula limfocytów CD3+
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – prekursorzy (CD34+) w krwi do transplantacji
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – pancytopenia
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – leukopenia
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – diagnostyka powiększonych węzłów chłonnych
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – splenomegalia
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – leukocytoza
<input type="checkbox"/>	Badanie immunofenotypowe – inne.....

POBRANIE PRÓBKII DO BADAŃ	
DATA:	GODZINA:
PODPIS:	