

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W POZNANIU	F-SZ.LAB 2-27	Wydanie 1/2025-06-05
Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej		
SKIEROWANIE DO PRACOWNI CYTOMETRII PRZEPŁYWOWEJ		

JEDNOSTKA KIERUJĄCA:

Poznań, dnia

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

PESEL:

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

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

ICD-10:

Materiał badany:

Liczba leukocytów: (G/l)

Proszę o wykonanie badania:

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

POBRANIE PRÓBKII DO BADAŃ	
DATA:	GODZINA:
PODPIS:	

.....
Podpis i pieczętka lekarza kierującego na badanie
(imię i nazwisko oraz nr prawa wykonywania zawodu)