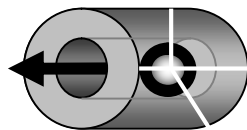


ŽÁDANKA o vyšetření průtokovou cytometrií

Ústav patologie a molekulární medicíny
Přednosta: Prof. MUDr. Josef Zámečník, Ph.D.
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol, Modrý pavilon 2A
Laboratoř průtokové cytometrie tel: 22443 5644
http://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/upa/labor/cytom_1.htm



Odesílatel:

IČP odesílatele:

Příjmení a jméno pacienta:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Bydliště:

Klinická diagnóza:

Materiál (zaškrtněte):

- aspirát při sternální punkci *
- aspirát při trepanobiopsii kostní dřeně *
- periferní krev *
- jiný materiál – specifikujte:

* Materiál odebrat do zkumavky s EDTA (PK cca 2-3 ml, KD cca 1-2 ml).
Doručit k vyšetření co nejdříve! Do doby předání uchovávat při pokojové teplotě.

Příjem materiálu Po - Čt: 6 -13 hodin
Pá a před dnem volna: 6 – 11 hodin

Požadované vyšetření:

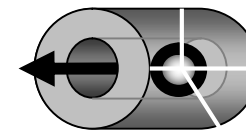
- Základní vyš. susp. lymfomu
- B-lymfoproliferace/ NHL
- T-lymfoproliferace/ NHL
- Monoklonální gamapatie
- Myelodysplastický syndrom
- Akutní leukémie
- Jiné:
.....

Datum a čas odběru:

.....
Razítko a čitelný podpis lékaře

ŽÁDANKA o vyšetření průtokovou cytometrií

Ústav patologie a molekulární medicíny
Přednosta: Prof. MUDr. Josef Zámečník, Ph.D.
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol, Modrý pavilon 2A
Laboratoř průtokové cytometrie tel: 22443 5644
http://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/upa/labor/cytom_1.htm



Odesílatel:

IČP odesílatele:

Příjmení a jméno pacienta:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Bydliště:

Klinická diagnóza:

Materiál (zaškrtněte):

- aspirát při sternální punkci *
- aspirát při trepanobiopsii kostní dřeně *
- periferní krev *
- jiný materiál – specifikujte:

* Materiál odebrat do zkumavky s EDTA (PK cca 2-3 ml, KD cca 1-2 ml).
Doručit k vyšetření co nejdříve! Do doby předání uchovávat při pokojové teplotě.

Příjem materiálu Po - Čt: 6 -13 hodin
Pá a před dnem volna: 6 – 11 hodin

Požadované vyšetření:

- Základní vyš. susp. lymfomu
- B-lymfoproliferace/ NHL
- T-lymfoproliferace/ NHL
- Monoklonální gamapatie
- Myelodysplastický syndrom
- Akutní leukémie
- Jiné:
.....

Datum a čas odběru:

.....
Razítko a čitelný podpis lékaře