



## Žiadanka na imunofenotypové vyšetrenie prietokovou cytometriou

Klinika hematológie a transfúziológie  
Univerzitná nemocnica Martin  
Kollárova 2, 036 59 Martin  
Tel.: 043/4203 536



Pacient	
Meno a priezvisko:	Kód diagnózy:
	Číslo poisťovne:
Rodné číslo:	ID pacienta:
Adresa:	
Krátka epikríza pacienta:	
Laboratórne výsledky (KO+diff, biochemické parametre, iné):	
Súčasná terapia (vrátane predchádzajúcej terapie, ktorá môže ovplyvniť výsledok vyšetrenia):	
Klinická otázka, na ktorú je potrebné odpovedať:	
Indikujúci lekár	
Meno a indikujúceho lekára:	Adresa indikujúceho lekára:
Oddelenie, nákladové stredisko:	Pečiatka a kód indikujúceho lekára:
e-mail:	tel. kontakt:
Výsledok zaslať:      poštu / elektronicky	
Materiál	
<input type="checkbox"/> Periférna krv (skúmavka s protizrážanlivým činidlom K <sub>2</sub> /K <sub>3</sub> EDTA)	
<input type="checkbox"/> Kostná dreň (skúmavka s protizrážanlivým činidlom K <sub>2</sub> /K <sub>3</sub> EDTA alebo heparínom)	
<input type="checkbox"/> Mozgovomiechový mok (sterilná plastová skúmavka bez protizrážanlivého činidla alebo TransFix skúmavka)	
<input type="checkbox"/> Bronchoalveolárna laváž (sterilná plastová skúmavka bez protizrážanlivého činidla)	
<input type="checkbox"/> Pleurálny punktát (sterilná plastová skúmavka bez protizrážanlivého činidla)	
<input type="checkbox"/> Bioptická vzorka (sterilná plastová skúmavka s fyziologickým roztokom alebo RPMI)	
<input type="checkbox"/> Iné	
Požadované vyšetrenie/typ panelu	
<input type="checkbox"/> Akútna leukémia (AML, ALL)	<input type="checkbox"/> Paroxyzmálna nočná hemoglobinúria (PNH)
<input type="checkbox"/> Lymfoproliferatívne ochorenie (B, T-LPO)	<input type="checkbox"/> Hereditárna sférocytóza (HS)
<input type="checkbox"/> Mnohopočetný myelóm (MM) Monoklonálna gamapatia nejasného významu (MGUS)	
<input type="checkbox"/> Myeloproliferatívne ochorenie (MPO) Myelodysplastický syndróm (MDS)	
Odber materiálu (čas a dátum):	
Príjem vzorky (čas a dátum):	

