

ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta: _____ Název odesílajícího pracoviště: _____

RČ: _____ Jméno lékaře a podpis: _____

Zdrav. pojišťovna: _____ Dg: _____ Datum a čas odběru: _____

Laboratoř, klinika (KO apod.): _____

materiál: krev kostní dřeň likvor jiné:
 heparin citrát/ACD EDTA nativní/sérum

- pacient podepsal souhlas s molekulárně genetickým vyšetř. (uložen u oš. lékaře) ***
 souhlasím s úpravou seznamu požadovaných metod
 prosím provést všechna požadovaná vyšetření
 statim – prosíme telefonicky domluvit na výše uvedeném tel. čísle

požadovaná vyšetření:

MOLEKULÁRNÍ GENETIKA

LYMFOPROLIFERACE/NHL

- IgH klonalita
 BRAF
 bcl 1/ t(11;14)
 bcl 2/ t(14;18)
 jiné:

AKUTNÍ LEUKEMIE

- vstupní vyšetření
 monitorace MRN

VNTR
 subpopulace:

CML/MPN

- bcr-abl
 JAK2 mutace
 jiné:

VIROLOGIE

- CMV
 EBV

JINÉ:

CYTOFLOWMETRIE

- imunoscreening
 NHL
 CLL-monitorace
 akutní leukemie
 monoklonální gamapatie
 PNH
 CD34 kvantifikace

JINÉ:

Poznámky:

- požadovaný druh materiálu a minimální množství k jednotlivým vyšetřením
 - molekulárně-genetické vyšetření - 4 ml EDTA/citrátová krev/kostní dřeň
 - cytoflowmetrické - 4 ml EDTA/citrátová krev/kostní dřeň
 - monitorace MRN - 9 ml EDTA/citrátová krev/kostní dřeň
- materiál do laboratoře dopravit co nejdříve (nejlépe v den odběru), bez nutnosti dalších speciálních opatření.
- * Souhlas s MG vyšetřením k dispozici na www.hematologieonkologie.cz/laboratore; bez prohlášení o souhlasu nemůže být vyšetření provedeno

ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení pacienta: _____ Název odesílajícího pracoviště: _____

RČ: _____ Jméno lékaře a podpis: _____

Zdrav. pojišťovna: _____ Dg: _____ Datum a čas odběru: _____

Laboratoř, klinika (KO apod.): _____

materiál: krev kostní dřeň likvor jiné:
 heparin citrát/ACD EDTA nativní/sérum

- pacient podepsal souhlas s molekulárně genetickým vyšetř. (uložen u oš. lékaře) ***
 souhlasím s úpravou seznamu požadovaných metod
 prosím provést všechna požadovaná vyšetření
 statim – prosíme telefonicky domluvit na výše uvedeném tel. čísle

požadovaná vyšetření:

MOLEKULÁRNÍ GENETIKA

LYMFOPROLIFERACE/NHL

- IgH klonalita
 BRAF
 bcl 1/ t(11;14)
 bcl 2/ t(14;18)
 jiné:

AKUTNÍ LEUKEMIE

- vstupní vyšetření
 monitorace MRN

VNTR
 subpopulace:

CML/MPN

- bcr-abl
 JAK2 mutace
 jiné:

VIROLOGIE

- CMV
 EBV

JINÉ:

CYTOFLOWMETRIE

- imunoscreening
 NHL
 CLL-monitorace
 akutní leukemie
 monoklonální gamapatie
 PNH
 CD34 kvantifikace

JINÉ:

Poznámky:

- požadovaný druh materiálu a minimální množství k jednotlivým vyšetřením
 - molekulárně-genetické vyšetření - 4 ml EDTA/citrátová krev/kostní dřeň
 - cytoflowmetrické - 4 ml EDTA/citrátová krev/kostní dřeň
 - monitorace MRN - 9 ml EDTA/citrátová krev/kostní dřeň
- materiál do laboratoře dopravit co nejdříve (nejlépe v den odběru), bez nutnosti dalších speciálních opatření.
- * Souhlas s MG vyšetřením k dispozici na www.hematologieonkologie.cz/laboratore; bez prohlášení o souhlasu nemůže být vyšetření provedeno