Poznań, dnia ………………………

**JEDNOSTKA KIERUJĄCA**:

|  |
| --- |
|  |

LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ w Poznaniu

**Skierowanie do Pracowni Cytometrii Przepływowej**

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA**: .………………………………………

**PESEL**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ROZPOZNANIE KLINICZNE/PODEJRZENIE**: ……………………………………………………………

**ICD-10**: ………………………………………………….

**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 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 – prekursory (CD34+) w krwi do transplantacji |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Materiał badany**: ……………………………………………

**Liczba leukocytów**: ………………..………..(G/l)

**Uwagi**:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| POBRANIE PRÓBKI DO BADAŃ | |
| DATA: | GODZINA: |
| PODPIS: | |

………………..……….………………..……….

Podpis i pieczątka lekarza kierującego na badanie

(imię i nazwisko oraz nr prawa wykonywania zawodu)

Poznań, dnia……………………

**JEDNOSTKA KIERUJĄCA**:

|  |
| --- |
|  |

LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ w Poznaniu

**Skierowanie do Pracowni Cytometrii Przepływowej**

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA**: .………………………………………

**PESEL**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ROZPOZNANIE KLINICZNE/PODEJRZENIE**: ……………………………………………………………

**ICD-10**: ………………………………………………….

**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 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 – prekursory (CD34+) w krwi do transplantacji |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Materiał badany**: ……………………………………………

**Liczba leukocytów**: ………………..………..(G/l)

**Uwagi**:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| POBRANIE PRÓBKI DO BADAŃ | |
| DATA: | GODZINA: |
| PODPIS: | |

………………..……….………………..……….

Podpis i pieczątka lekarza kierującego na badanie

(imię i nazwisko oraz nr prawa wykonywania zawodu)