

**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KLONÁLNÍ PŘESTAVBY
U LYMFOPROLIFERATIVNÍCH ONEMOCNĚNÍ – *IgV_H*, *TcR***Jméno a příjmení vyšetřované osoby: Číslo pojištěnce: Pojišťovna: Kód diagnózy: Ordinující lékař: Datum odběru: Instituce, poštovní adresa: IČZ nebo IČP: Odbornost:

Razítko, podpis:

Komu zaslat výsledek:

č. tel.:

Vzorek: Periferní krev Jiný materiál - uveďte:
Punktát dřeně Poslední KO: Datum: Počet leukocytů: % lymfocytů (u ALL blastů): Jde detekci klonality při suspekci na lymfoproliferaci:
*anebo*Lymfoproliferativní onemocnění již bylo prokázáno: Diagnóza slovy: Diagnóza (kód MKN): Jde-li o CLL, vyplňte prosím:Současné Rai stadium: a/nebo Binet stadium: Absolvoval již pacient antileukemickou léčbu? ano ne**Jde o 1. vyšetření****Vyš. reziduální nemoci**
(vždy až po domluvě s naší lab.)**Bude vyšetřena přestavba *IgV_H* genů a jejich mutační stav**
Přestavba genů T-buněčného receptoru (*TcR*) **Budou zkonstruovány pacient-specifické primery a následně kvantifikováno reziduální onemocnění pomocí PCR v reálném čase**

Náběr: Periferní krev: 8 - 10 ml

Punktát dřeně: alespoň 1/3 z nabraného materiálu, raději více (3 ml). Zvláště v případě stanovení reziduálního onemocnění je třeba dodržet standardní podmínky - nutno získat dostatečný počet buněk (5 mil.) při separaci.Nevystavovat teple ani mrazu – **optimum 4 °C!!!****Médium při odběru: možno ACD, citrát, EDTA. Nikdy heparin!**