

**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ PŘÍTOMNOSTI MUTACE V617F GENU *JAK2*
(U Ph- MYELOPROLIFERATIVNÍCH ONEMOCNĚNÍ)**

Jméno a příjmení vyšetřované osoby:

Číslo pojištění:

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:

WBC:

Tr:

Hkt:

Diagnóza slovy:

Datum dg.:

Tehdejší KO:

WBC:

Hkt:

Tr:

Byla provedena dg. biopsie?

Datum biopsie:

Kde byla biopsie odečtena, event. její číslo:

Absolvoval již pacient léčbu
tromboreduktivy? ano ... event. uveďte ne**Náběr: Nejvhodnější pro vyšetření je periferní krev: 8 - 10 ml**

Nevystavovat teple ani mrazu – optimum 4 °C!!!

Médium při odběru: možno ACD, citrát, EDTA. Heparin méně vhodný!Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem vyšetřovaného a dle pokynů laboratorní příručky.
www.uhkt.cz