

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: Pohlaví: Komu zaslat výsledek: č. tel.: e-mail:

(po předchozí domluvě je možné dodat kopii výsledku i jinak)

Vzorek: Periferní krev Jiný materiál - uveďte:
 Punktát dřenePoslední 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 ano
antileukemickou léčbu? neJde 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 dřene: 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 teplu ani mrazu – **optimum 4 °C!****Médium při odběru: možno ACD, citrát, EDTA. Nikdy heparin!**