

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:
 Punkťát 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
Punkťát 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 teplu ani mrazu – **optimum 4 °C!**
Médium při odběru: možno ACD, citrát, EDTA. Nikdy heparin!