

Oddělení HLA

Laboratoř buněčného chimerizmu

Žádanka o vyšetření buněčného chimerizmu po alogenní HSCT

– monitoring

ZADAVATEL (razítko a podpis)

Jméno a adresa:
(tel./fax/mail):

IČP:

odbornost:

VYŠETŘOVANÝ MATERIÁL

Pacient:

Rodné číslo/pohlaví:

Pojišťovna:

Datum odběru:

Diagnóza:

Vedlejší diagnóza:

Datum HSCT:

Typ primárního vzorku: periferní krev

Počet leukocytů:.....10⁹/l kostní dřeň

Priorita: normal

statim

Požadavek na monitoring:

neseparovaných leukocytů
granulocytů

mononukleárních buněk
jiných subpopulací:

(uveďte subpopulace podle pořadí důležitosti)

Intervence:

ukončení IS

DLI

jiné

žádné

Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a podle pokynů v Laboratorní příručce:

Nakládání se vzorkem po vyšetření:

(dle informovaného souhlasu pacienta)

uchovat vzorek

ne

využít pro vědecké účely

ne

využít pro potřeby MPZ

ne

VYPLŇUJE LABORATOŘ:

Číslo materiálu:

Datum a čas přijetí vzorku:

Převzal a přezkoumal: