

Žádanka o imunofenotypizační vyšetření průtokovou cytometrií		Laboratorní číslo
Laboratoř alergologie a klinické imunologie, plicní odd., 20. pav., tel.: 57 755 2633 Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Havlíčkovo nábř. 600, Zlín 762 75 www.kntb.cz/zadanky-imunologie		
Příjem materiálu: Po-Čt 6:30-15:00, Pá 6:30-12:00 (mimo akutní případy)		
Pacient (jméno a příjmení):	Diagnóza:	
Číslo pojištění:	Pojišťovna:	
Datum narození:	Pohlaví: Muž <input type="checkbox"/> / Žena <input type="checkbox"/>	
Žadatel (lékař) :	IČP:	
Pracoviště:	Odbornost:	
Odběr provedl:	Razítko a podpis:	
Datum a čas odběru:		
Poznámky:		
Klinické informace:		
Primární vzorek: <input type="checkbox"/> periferní krev (K3EDTA) <input type="checkbox"/> kostní dřeň (K3EDTA) <input type="checkbox"/> uzlina (sterilní plastová zkumavka bez úpravy) <input type="checkbox"/> BAL (40ml plastová zkumavka bez úpravy, transport do laboratoře nejlépe do 2 hod po odběru při 4°C, transport do 12 hod po odběru při 4°C - přidat RPMI 1640 média)		
Buněčná imunita / Bronchoalveolární laváž		
<input type="checkbox"/> Imunologický základ (CD45, CD3, CD4, CD8, CD19, CD16+56)		
<input type="checkbox"/> HLA B27		
<input type="checkbox"/> Fagocytóza		
<input type="checkbox"/> Bronchoalveolární laváž		
Hematoonkologie: V případě nálezu patologie bude automaticky provedena fenotypizace dané populace.		
<input type="checkbox"/> Screen lymfocytární populace		
<input type="checkbox"/> Screen myeloidní populace (MDS/AML)		
<input type="checkbox"/> B-lymfoproliferace		
<input type="checkbox"/> Akutní leukémie (orientačně)		
<input type="checkbox"/> Screen plazmocytů		