Pieczęć Jednostki Kierującej

Poznań, dnia ………………………………….

SKIEROWANIE DO PRACOWNI CYTOMETRII PRZEPŁYWOWEJ

Zakład Patologii Nowotworów, Wielkopolskie Centrum Onkologii

Imię i Nazwisko Pacjenta: …………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: ……………………………. PESEL: ……………………………………………………………………….

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Rodzaj materiału:

Krew obwodowa PMR Ciało szkliste Inne: ………………………………

Rodzaj badania - cytometria przepływowa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Komórki NK (CD45, CD3, CD19, CD4, CD8, CD3+/CD16+56+) |  |
| 2. | Komórki NK + CD4/CD25 |  |
| 3. | Komórki NK + HLA-DR/3 |  |
| 4. | Komórki NK + HLA-DR/3 + CD4/CD25 + CD69 + CD71 |  |
| 5. | Panel podstawowy – ocena fenotypowa białaczek i chłoniaków |  |
| 6. | Panel poszerzony - ocena fenotypowa białaczek i chłoniaków |  |
| 7. | CD4/CD8 + wartości bezwzględne |  |
| 8. | Borelioza – monitorowanie zakażenia krętkiem boreliozy |  |

Data i godzina pobrania materiału do badania (w formacie dd/mm/rr): ……../......../…….. …….. : ……..

Osoba pobierająca materiał (podpis i pieczęć) …………………………………………………………………………..

Data i godzina przyjęcia materiału do badania: (w formacie dd/mm/rr) ……../……../…….. …….. : ……..

Osoba przyjmująca materiał w PC (podpis i pieczęć) ……………………………………………………………………

Dane kliniczne pacjenta:……………………………………………………………………………………………………………..

Podpis i pieczęć lekarza zlecającego badanie

……………………………………………………………………