

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO			
	Pracoviště medicíny dospělého věku JIHLAVSKÁ 20 625 00 BRNO TEL.: 5 3223 3060	Pracoviště reprodukční medicíny OBILNÍ TRH 11 625 00 BRNO TEL.: 5 3223 8343	Pracoviště dětské medicíny ČERNOPOLNÍ 9 625 00 BRNO TEL.: 5 3223 4500
Oddělení klinické hematologie - průtoková cytometrie			
Jméno:		Dg.:	
RČ:		ČP:	
zdrav. zařízení		tel. číslo:	
datum odběru:		číslo vzorku:	
dodáno:		čas odběru:	
Materiál: PK KD BAL PBSC liquor výpotek jiné.....			
Pacient : 1. vyšetření ambulantně sledován hospitalizován			
Požadované vyšetření:			
☐	<i>T lymfocyty</i>	CD3 ⁺ CD4 ⁺ Th/CD3 ⁺ CD8 ⁺ Tc	
☐	<i>T lymfocyty abs.</i>	subpopulace T lymfocytů + abs. počty CD4	
☐	<i>B lymfocyty</i>	CD10/CD19/CD20/CD45	
☐	<i>NK buňky</i>	CD3/CD16+CD56/CD45	
Speciální vyšetření indikovaná hematologem, imunologem či onkologem			
☐	<i>základní analýza lymfocytů</i>	základní lymfocytární subpopulace	
☐	<i>monoklonální gamapatie</i>	základní subpopulace leukocytů + analýza plazmocytů (PC)	
☐	<i>WM/LPL</i>	základní lymfocytární subpopulace + analýza B a PC	
☐	<i>hereditární sférocytóza</i>	vazba EMA na erytrocyty	
☐	<i>trombocyty</i>	CD36/CD41/CD42a/CD42b/CD61/CD62P/CD63	
☐	<i>PNH</i>	CD235a/CD55/CD59/FLAER/CD13/CD14	
Důvod a další upřesňující údaje k vyšetření:			
odebral/a:			
Razítko a podpis lékaře		Razítko zdravotnického zařízení	

Prosíme o řádné vyplnění žádanky, jinak vzorek nebude vyšetřen! Doplňující vysvětlení a popis vyšetření jsou uvedeny na příloze žádanky, která je její nedílnou součástí.

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO			
	Pracoviště medicíny dospělého věku JIHLAVSKÁ 20 625 00 BRNO TEL.: 5 3223 3060	Pracoviště reprodukční medicíny OBILNÍ TRH 11 625 00 BRNO TEL.: 5 3223 8343	Pracoviště dětské medicíny ČERNOPOLNÍ 9 625 00 BRNO TEL.: 5 3223 4500
Oddělení klinické hematologie - průtoková cytometrie			
Jméno:		Dg.:	
RČ:		ČP:	
zdrav. zařízení		tel. číslo:	
datum odběru:		číslo vzorku:	
dodáno:		čas odběru:	
Materiál: PK KD BAL PBSC liquor výpotek jiné.....			
Pacient : 1. vyšetření ambulantně sledován hospitalizován			
Požadované vyšetření:			
☐	<i>T lymfocyty</i>	CD3 ⁺ CD4 ⁺ Th/CD3 ⁺ CD8 ⁺ Tc	
☐	<i>T lymfocyty abs.</i>	subpopulace T lymfocytů + abs. počty CD4	
☐	<i>B lymfocyty</i>	CD10/CD19/CD20/CD45	
☐	<i>NK buňky</i>	CD3/CD16+CD56/CD45	
Speciální vyšetření indikovaná hematologem, imunologem či onkologem			
☐	<i>základní analýza lymfocytů</i>	základní lymfocytární subpopulace	
☐	<i>monoklonální gamapatie</i>	základní subpopulace leukocytů + analýza plazmocytů (PC)	
☐	<i>WM/LPL</i>	základní lymfocytární subpopulace + analýza B a PC	
☐	<i>hereditární sférocytóza</i>	vazba EMA na erytrocyty	
☐	<i>trombocyty</i>	CD36/CD41/CD42a/CD42b/CD61/CD62P/CD63	
☐	<i>PNH</i>	CD235a/CD55/CD59/FLAER/CD13/CD14	
Důvod a další upřesňující údaje k vyšetření:			
odebral/a:			
Razítko a podpis lékaře		Razítko zdravotnického zařízení	

Prosíme o řádné vyplnění žádanky, jinak vzorek nebude vyšetřen! Doplňující vysvětlení a popis vyšetření jsou uvedeny na příloze žádanky, která je její nedílnou součástí.