

LM-HEM-FR-017

ACIBADEM LABMED FLOW SİTOMETRİ TESTLERİ İSTEK FORMU

Hasta Adı Soyadı		Barkod	Örnek Alım Tarih/Saati
Doğum Tarihi			
Cinsiyet	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	/...../..... :
Telefon No			
Adres		Örnek Tipi	
E-posta		<input type="checkbox"/> Periferik Kan <input type="checkbox"/> Kemik İliği <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> BOS	<input type="checkbox"/> Plevra Sıvısı <input type="checkbox"/> Biyopsi Materyali <input type="checkbox"/> Diğer (Lütfen açıklayınız)
Ön Tanı (Klinik Bilgi ve Görüşler)		Hastalık Fazı	
		<input type="checkbox"/> İlk Tanı <input type="checkbox"/> Remisyonda İzlem	<input type="checkbox"/> Relaps <input type="checkbox"/> Tedavi Süreci İzlem
Lösemi/Lenfoma Panelleri		Diğer Paneller	
<input type="checkbox"/> Akut Lösemi Paneli <input type="checkbox"/> AML Tiplendirme <input type="checkbox"/> B-ALL Tiplendirme <input type="checkbox"/> T-ALL Tiplendirme <input type="checkbox"/> Eritro Lösemi Paneli <input type="checkbox"/> Akut Megakaryoblastik Lösemi Paneli <input type="checkbox"/> MDS Paneli <input type="checkbox"/> Lenfoma Paneli <input type="checkbox"/> AML-MRD Paneli <input type="checkbox"/> B-ALL MRD Paneli <input type="checkbox"/> T-ALL MRD Paneli <input type="checkbox"/> Multiple Myeloma Paneli <input type="checkbox"/> Multiple Myeloma MRD Paneli <input type="checkbox"/> Mukozis Fungoides ve Sezary Sendromu Paneli <input type="checkbox"/> Hairy Cell Lösemi Paneli <input type="checkbox"/> Hemofagositik Sendrom Paneli <input type="checkbox"/> Blastic Plasmositoid Dendritik Hücre Lösemi Paneli <input type="checkbox"/> Kronik Myelomonositer Lösemi Paneli (KMML)	<input type="checkbox"/> TCR Alpha Beta/Gama-Delta (Periferik Kan) <input type="checkbox"/> ZAP-70 Paneli <input type="checkbox"/> DNA Ploidy (Proliferasyon Indexi) <input type="checkbox"/> Trombosit Yüzey Antijeni ve Anti Trombosit Antikoru <input type="checkbox"/> PNH Paneli <input type="checkbox"/> Adhezyon Molekülleri <input type="checkbox"/> Nötrofil Fonksiyon Testi <input type="checkbox"/> HLA B27 Paneli <input type="checkbox"/> İnvitro T-Lenfosit Aktivasyon Testi <input type="checkbox"/> Eritrosit Osmotik Direnci (EMA) <input type="checkbox"/> Anti-CD20 Tedavi Takibi <input type="checkbox"/> Bronkoalveolar Lavaj Paneli		
Lenfosit Alt Grup/NK Panelleri		Kök Hücre Panelleri	
<input type="checkbox"/> CD4/CD8 Oranı <input type="checkbox"/> Lenfosit Alt Grupları (Panel-I) (T,B,NK, CD4/8) <input type="checkbox"/> TH1/TH2 Paneli <input type="checkbox"/> NK Paneli		<input type="checkbox"/> CD34 Kök Hücre Sayımı	
İmmünyetmezlik Panelleri			
<input type="checkbox"/> Primer İmmün Yetmezlik Paneli			
Hekim Adı Soyadı		Açıklama (Laboratuvar tarafından doldurulacaktır.)	
Telefon No			
İmza			
Flow sitometri için gönderilen örnekler en az 5 ml ve EDTA'lı (mor kapaklı) tüpte olmalıdır. Vücut sıvısı örnekleri ise en az 6 ml ve EDTA'lı tüpte transfer edilmelidir. Tüm örneklerin 18-24°C'de ve uygun koşullar altında laboratuvara transportu sağlanmalıdır. Bronkoalveolar lavaj örnekleri +4°C'de laboratuvara ulaştırılmalıdır.			
Size en yakın örnek teslim noktasını belirlemek için lütfen arayınız.			
Acıbadem Labmed Hematoloji Bölümü +90 (216) 500 47 17		Acıbadem Laboratuvarları Çağrı Merkezi +90 (216) 544 38 38	