

پژوهشکده بوعلی
فرم درخواست آزمایش فلوسایتومتری

نام و نام خانوادگی بیمار: جنس: F ☐ M ☐ سن: سال

علائم مختصر بالینی:

تشخیص احتمالی:

اقدامات احتمالی درمانی انجام شده یا در حال انجام:

Peripheral Blood ☐

Bone Marrow ☐

نمونه ارسالی

شمارش گلبولهای سفید خون:

درصد گلبولهای سفید خون: نوتروفیل لنفوسیت منوسیت سایر موارد:

نتیجه بررسی میکروسکوپی BM در صورت انجام:

جدول مارکرهای درخواستی

خواهشمند است مارکرهای درخواستی را در جدول زیر علامتگذاری نمایید.

CD 2	☐	CD 10	☐	CD14	☐
CD 3	☐	CD 16	☐	CD 25	☐
CD 4	☐	CD 16-56	☐	CD 45	☐
CD 5	☐	CD 19	☐	HLA-DR	☐
CD 8	☐	CD 20	☐		
☐ کیت مارکرهای لوسمی حاد شامل: CD + CD 22 CD 20 + CD 5 HLA-DR + CD 13 CD 10 + CD 19 CD 7 + CD 33 CD34					

تذکر ۱: خواهشمند است نمونه بیمار در حجم ۲CC باشد.

♦ نمونه خون محیطی جهت بیماران مشکوک به نقص سیستم ایمنی

♦ نمونه آسپیراسیون مغز استخوان جهت بیماران لوسمی در ماده

ضد انعقادی EDTA (مانند نمونه تهیه شده جهت CBC).

♦ نمونه تازه باشد.

تذکر ۲: آزمایش فلوسیتومتری در روزهای شنبه - دوشنبه - چهارشنبه انجام می شود.

لطفاً نمونه را تا ساعت ۱۰:۳۰ صبح ارسال فرمایید.

تذکر ۳: خواهشمند است فرم درخواست آزمایش توسط پزشک محترم درخواست دهنده تکمیل گردد.

تذکر ۴: هزینه آزمایشات به ازای هر مارکر درخواستی ۱۰۰/۰۰۰ ریال می باشد.