

فرم فلوسایتومتری

نام و نام خانوادگی : جنسیت : سن : تاریخ پذیرش : شماره پذیرش بیمار :

تاریخ وزمان دقیق نمونه گیری (از زمان نمونه گیری تا تحویل به آزمایشگاه بیشتر از ۱۲ ساعت نباشد)	
دلیل انجام آزمایش ؟	
نام داروی مصرفی و مدت زمان مصرف:	مدت زمان ابتلا به بیماری:
بیماری زمینه ای: ☐ دارد ☐ ندارد توضیحات:	
خلاصه ای از علائم عمومی فرد در یک ماه اخیر (آیا علائم خاصی پیدا کرده اند و حال عمومی شان رو به بهبودی رفته است یاخیر) ؟	
CD Marker&DHR CBCضمیمه شده است : بله ☐ خیر ☐ (برای نمونه مغز استخوان حتماً جواب CBC بیمار نیاز می باشد) درصد و تعداد سلولهای خونی (لنفوسیت.....% / مونوسیت.....% / گرانولوسیت.....% / نوتروفیل.....% / بازوفیل.....% / انوزینوفیل.....%) نوع نمونه: خون تام EDTA یا Heparin و BMA (مغز استخوان) DHR : اختصاصاً Heparin ۲ عدد لام BMA حتماً بر بالین بیمار باید (نمونه تازه) گرفته شده باشد لام همراه آزمایش ارسال شده ☐	
APCA تعداد فرزند: تعداد حاملگی : تعداد سقط : گروه خونی : آیا بیمار سابقه لنفوتراپی یا ایمونوتراپی داشته است (در صورت وجود، زمان انجام آن ذکر گردد): مقدار نمونه دریافتی از همسر ۵ سی سی خون هیپارینه باشد. مقدار نمونه سرم خانم ۲ سی سی باشد.	
CD 41,42,61 نوع اختلال خونریزی دهنده یا لخته شونده : نوع خونریزی : ☐ زیر پوستی ☐ داخلی ☐ دهان و بینی سابقه خانوادگی : ☐ فامیل پدری ☐ فامیل مادری نحوه جداسازی: G ۱۵۰ دور سانتر فیوژ - ۱ دقیقه خون تام سیترا ته ، لوله تاریک ارسال در دمای یخچالی و حجم ۶ سی سی	

همکار محترم از نمونه گیری در روزهای قبل از تعطیلی خودداری نمایید(نمونه گیری بیمار در روز ارسال انجام شود)

در موارد ارسال نمونه های BMA (مغز استخوان) در صورت کامل نبودن اطلاعات درخواستی فوق تمامی CD Markers

درخواستی بدون هرگونه تغییر گزارش میگردد.

مهر آزمایشگاه ارسال کننده