

datum, hodina, podpis přijmu v laboratoři

evidenční číslo

# Žádanka o vyšetření imunofenotypizace

Ústav klinické imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové, IČ: 00179906, DIČ: CZ-00179906

tel.: **+420 495 833 404**, mobil: **+420 607 802 628**

e-mail: [ukia@fnhk.cz](mailto:ukia@fnhk.cz), [www.fnhk.cz/ukia](http://www.fnhk.cz/ukia), potrubiň pošta: 7171



**pojišťovna:**

**dat. odběru:**

**čas odběru:**

**odběr provedl:**

identifikační č.:  /  pohlaví:  Ž  M věk:

příjmení:

jméno:  Dg.:

kód oddělení:  tel.:

razítko (vč. IČZ a odbornosti)  
jméno lékaře a podpis:

**biologický materiál:**

- periferní krev
- sternální punkce
- trepanobiopsie
- likvor
- vak
- pleurální výpotek
- BALF
- jiný materiál:.....  
.....

**diagnóza:**

Dg.:	susp.:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AML
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CLL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NHL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HCL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MGUS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MDS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MPO/CML
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PNH
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jiná:..... .....

**klinické poznámky:**

**počet leukocytů v periferní krvi:**

<input type="checkbox"/>	2–10 · 10 <sup>9</sup> /l
<input type="checkbox"/>	10–20 · 10 <sup>9</sup> /l
<input type="checkbox"/>	> 20 · 10 <sup>9</sup> /l

**vyšetření zaměřit na:**

<input type="checkbox"/>	záchyt	<input type="checkbox"/>	zvrát
<input type="checkbox"/>	relaps	<input type="checkbox"/>	reziduální chorobu