

ŽÁDANKA O RT-PCR VYŠETŘENÍ U AML a APL: FUZNÍ GENY

 Jméno a příjmení vyšetřované osoby:

 Číslo pojištěnce:

 Pojišťovna: Kód diagnózy:

Ordinující lékař:

 Datum odběru:

Instituce, poštovní adresa:

 IČZ nebo IČP:

 Odbornost:

 Pohlaví:

Komu zaslat výsledek:

č. tel.:

e-mail:

(po předchozí domluvě je možné dodat kopii výsledku i jinak)

 Vzorek: **Periferní krev**
Punktát dřeně
Jiný materiál - uveďte:

 Poslední KO: Datum: Počet leukocytů: % blastů+promyelocytů:

Náběr: Periferní krev: alespoň 8 - 10 ml, při počtech leukocytů <4 tis. raději 2 zkumavky
Punktát dřeně: alespoň 1/3 z nabraného materiálu, raději více (3 ml). Zvláště v případě stanovení reziduálního onemocnění je třeba dodržet standardní podmínky - nutno získat dostatečný počet buněk (5 mil.) při separaci.
 Nevystavovat teplotu ani mrazu – **optimum 4 °C!**

Médium při odběru: možno ACD, citrát, EDTA. Nikdy heparin!

Pozn.: Usnadněte nám práci a zkrátíte tak dobu do obdržení výsledku, budete-li nám avizovat vzorek ke STATIM vyš. (telef., fax, e-mail), jakmile jej naberete. O víkendů a v mimopracovních hodinách (po 16 h) kontaktujte Lůžkovou odd. ÚHKT (tel. 221 977 298), aby nás o vzorku uvědomilo.

Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem vyšetřovaného a dle pokynů laboratorní příručky.