

ŽÁDANKA O SEKVENAČNÍ VYŠETŘENÍ MUTACE GENU TP53Jméno a příjmení vyšetřované osoby: Číslo pojištění: Pojišťovna: Kód diagnózy: Ordinující lékař: Datum odběru: Instituce, poštovní adresa: IČZ nebo IČP: Odbornost: Pohlaví:

Razítko, podpis:

Komu zaslat výsledek:

č. tel.:

e-mail:

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

Vzorek: Periferní krev Jiný materiál - uveďte:
 Punktát dřenePoslední KO: Datum: Počet leukocytů: % lymfocytů (u ALL blastů):

Cytogenetické vyšetření (FISH):

Diagnóza slovy:

Diagnóza (kód MKN):

Jde-li o CLL, vyplňte prosím:Současné Rai stadium: a/nebo Binet stadium:

Léčba:

Komentář:

Náběr: **Periferní krev:** 8 - 10 ml**Punktát dřene:** alespoň 1/3 z nabitého 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 teple ani mrazu – **optimum 4 °C!****Médium při odběru: možno ACD, citrát, EDTA. Nikdy heparin!**

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