

**Žádanka o vyšetření buněčného chimerizmu po alogenní HSCT**  
– **monitoring**

<b>ZADAVATEL</b> (razítko a podpis)		
Jméno a adresa: (tel./fax/mail):	IČP:	odbornost:

<b>VYŠETŘOVANÝ MATERIÁL</b>			
Pacient:			
Rodné číslo/pohlaví:	Pojišťovna:	Datum odběru:	
Diagnóza:	Vedlejší diagnóza:	Datum HSCT:	
Typ primárního vzorku:	periferní krev	Počet leukocytů:.....10 <sup>9</sup> /l	kostní dřev
Priorita:	normal	statim	
Požadavek na monitoring:	neseparovaných leukocytů granulocytů	mononukleárních buněk jiných subpopulací: (uveďte subpopulace podle pořadí důležitosti)	
Intervence:	ukončení IS	DLI	jiné žádné
<input type="checkbox"/> V případě nárůstu pacientovy/příjemcovy krvetvorby vyšetřit <b>HLA-loss</b> .			
<b><i>Poznámka: Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a podle pokynů v Laboratorní příručce:</i></b>			
<b><i>Nakládání se vzorkem po vyšetření:</i></b> (dle informovaného souhlasu pacienta)		uchovat vzorek	<input type="checkbox"/> ne
		využít pro vědecké účely	<input type="checkbox"/> ne
		využít pro potřeby MPZ	<input type="checkbox"/> ne

<b>VYPLŇUJE LABORÁTOŘ:</b>
Číslo materiálu:
Datum a čas přijetí vzorku:
Převzal a přezkoumal: