

Flow cytometriás vizsgálatkérőlap II.

Beküldő intézmény:..... Beküldő elérhetősége:..... Beküldő kódja: Az orvos neve: pecsét: Törzskönyvi szám/naplósám:..... Mintavétel ideje: Minta laboratóriumba érkezése:	Központi Laboratórium Laboratóriumvezető: Dr. Bekő Gabriella PhD Hematológia részleg 1097 Budapest Albert F. 5-7. Tel: 455-8100/8323 FAX: 455-8171
---	--

Beteg neve:..... Anyja neve :.....
 TAJ: □□□□□□□□ Születési idő: □□□□ □□ □□
 Irányítószám, lakcím*: □□□□
 Térítési kategória: □
 Feldolgozás azonosító:
 Donorazonosító:
 Készítmény típusa: □ csontvelő □ PBSC □ köldökzsínórvér □ fehérvérsejt □ Egyéb:
 Termék volumene (ml):
 Termék megnevezése: □ Kiindulási minta □ Végtermék □ Pre-Procedúra □ Pre-szelekció □ Target □
 Non-target □ QC minta □ Felülúszó □ Vörösvérsejt maradék □ Egyéb:
 Diagnózis:..... **BNO KÓD:** □□□□
 Recipiens neve:
 Recipiens azonosítója:.....
 Recipiens testsúlya (kg):

A VIZSGÁLAT IRÁNYA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vérkép | <input type="checkbox"/> TCRαβ, TCRγδ |
| <input type="checkbox"/> CD34 Trucount | <input type="checkbox"/> CD45RA/CD45RO |
| <input type="checkbox"/> TBNK Trucount | <input type="checkbox"/> CCS-IFNγ |
| <input type="checkbox"/> Viability | <input type="checkbox"/> Egyéb:..... |
| <input type="checkbox"/> Treg | |