



## فرم فلوسایتومتری

نام و نام خانوادگی: جنسیت: سن: تاریخ پذیرش: شماره پذیرش بیمار:

تاریخ و زمان دقیق نمونه گیری (از زمان نمونه گیری تا تحویل به آزمایشگاه بیشتر از ۱۲ ساعت نباشد).....	
دلیل انجام آزمایش؟ .....	
نام داروی مصرفی و مدت زمان مصرف:.....	مدت زمان ابتلا به بیماری:.....
بیماری زمینه ای: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد توضیحات:.....	
خلاصه ای از علائم عمومی فرد در یک ماه اخیر (آیا علائم خاصی پیدا کرده اند و حال عمومی شان رو به بهبودی رفته است یاخیر)؟.....	
<b>CD Marker&amp;DHR</b>	
CBC ضمیمه شده است: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (برای نمونه مغز استخوان حتماً جواب CBC بیمار نیاز می باشد)	
درصد و تعداد سلولهای خونی ( لنفوسیت.....% مونوسیت.....% گرانولوسیت.....% نوتروفیل.....% بازوفیل.....% انوزینوفیل.....% )	
نوع نمونه: خون تام EDTA یا Heparin و BMA (مغز استخوان) DHR : اختصاصاً Heparin	
۲ عدد لام BMA حتماً بر بالین بیمار باید (نمونه تازه) گرفته شده باشد	
<input type="checkbox"/> لام همراه آزمایش ارسال شده	
<b>APCA</b>	
تعداد فرزند:..... تعداد حاملگی:..... تعداد سقط:..... گروه خونی:.....	
آیا بیمار سابقه لنفوتراپی یا ایمونوتراپی داشته است (در صورت وجود، زمان انجام آن ذکر گردد):.....	
مقدار نمونه دریافتی از همسر ۵ سی سی خون هپارینه باشد. مقدار نمونه سرم خانم ۲ سی سی باشد.	
<b>CD 41,42,61</b>	
نوع اختلال خونریزی دهنده یا لخته شونده:.....	
نوع خونریزی: <input type="checkbox"/> زیر پوستی <input type="checkbox"/> داخلی <input type="checkbox"/> دهان و بینی	
سابقه خانوادگی: <input type="checkbox"/> فامیل پدری <input type="checkbox"/> فامیل مادری	
نحوه جداسازی: G ۱۵۰ دور سانتر فیوژ - ۱ دقیقه	
خون تام سیترا ته ، لوله تاریک ارسال در دمای یخچالی و حجم ۶ سی سی	

**\*همکار محترم از نمونه گیری در روزهای قبل از تعطیلی خودداری نمایید(نمونه گیری بیمار در روز ارسال انجام شود)\***  
**در موارد ارسال نمونه های BMA (مغز استخوان) در صورت کامل نبودن اطلاعات درخواستی فوق تمامی CD Markers**  
**درخواستی بدون هرگونه تغییر گزارش میگردد.**

مهر آزمایشگاه ارسال کننده