



فرم فلوسایتومتری

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

تاریخ دقیق نمونه گیری (از زمان نمونه گیری تا تحویل به آزمایشگاه بیشتر از ۱۲ ساعت نباشد).....

نام داروی مصرفی و مدت زمان مصرف:..... مدت زمان ابتلا به بیماری:.....

بیماری زمینه ای: دارد 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 یا خیر)؟.....

CD Marker & DHR

CBC ضمیمه شده است: بله خیر
درصد و تعداد سلولهای خونی (لنفوسیت.....% مونوسیت.....% گرانولوسیت.....% نوتروفیل.....% بازوفیل.....% ائوزینوفیل.....%)

نوع نمونه: خون تام EDTA یا Heparin و DHR: اختصاصاً Heparin

APCA

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 هیپارینه باشد. مقدار نمونه سرم خانم ۲ سی سی باشد.

CD 41,42,61

نوع اختلال خونریزی دهنده یا لخته شونده:.....
نوع خونریزی: زیر پوستی داخلی دهان و بینی

سابقه خانوادگی: فامیل پدری فامیل مادری

نحوه جداسازی: ۱۵۰ G دور سانتر فیوژ - ۱۰ دقیقه
خون تام سیترا ته ، لوله تاریخ 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)

مهر آزمایشگاه ارسال کننده