

## فرم درخواست آزمایش فلوسیتومتری جهت تشخیص اختلالات خون و مغز استخوان

شماره:

تاریخ:

اطلاعات مراجعه کننده / بیمار:

نام و نام خانوادگی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... جنسیت:  مذکر  مؤنث  
 کد ملی: ..... سن: ..... تلفن تماس: (ثابت/همراه) .....  
 پزشک معالج: ..... بستری (در: ..... )  سرپایی

نوع نمونه:  BM  PB  CSF و مایعات دیگر

شرح حال بالینی:

Hepatomegaly & Splenomegaly  
 History of Patient (سابقه بیماری)  
 Lymphadenopathy  
 آیا بیمار درمان شده است و در چه فازی از درمان است

تشخیص احتمالی پزشک معالج:

Acute Leukemia  Multiple Myeloma  سابقه لنفوم و احتمال درگیری مغز استخوان  
 Chronic Leukemia  Others

پانل مورد نیاز جهت تشخیص:

پانل MRD برای AML  پانل لوسمی مزمن  پانل مالتیپل میلوما  
 پانل MRD برای مالتیپل میلوما  پانل MRD برای ALL  پانل لوسمی حاد

تعداد لام رنگ نشده اسپیراسیون مغز استخوان ارسال شده: ..... عدد (توجه: ارسال حداقل یک عدد لام رنگ نشده الزامی است.)

جواب CBC بیمار ضمیمه شود (توجه: ترجیحاً نمونه خون کامل بیمار هم ارسال گردد)

WBC: ..... RBC: ..... Hb: ..... PLT: ..... differential Count: .....

تذکرات بسیار مهم:

- ❖ کپی مدارک مربوط به یافته های پاراکلینکی (سونوگرافی، سی تی اسکن، آزمایشات اسپیراسیون BM و ...) ضروری است.
- ❖ در صورت ابتلاء قبلی و بررسی MRD حتماً سابقه بیمار و نوع تشخیص اولیه به همراه مدارک ارسال گردد.

امضاء

نام و نام خانوادگی درخواست دهنده آزمایش: