

فرم درخواست آزمایش فلوسیتومتری جهت تشخیص اختلالات خون و مغز استخوان

شماره:

تاریخ:

اطلاعات مراجعه کننده / بیمار:	
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد: / /
کد ملی:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث
پزشک معالج:	سن:
	تلفن تماس: (ثابت/همراه)
	<input type="checkbox"/> بستری (در:) <input type="checkbox"/> سرپایی
نوع نمونه: <input type="checkbox"/> BM <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> CSF و مایعات دیگر	
شرح حال بالینی:	
<input type="checkbox"/> Hepatomegaly & Splenomegaly <input type="checkbox"/> History of Patient (سابقه بیماری) <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> آیا بیمار درمان شده است و در چه فازی از درمان است	
تشخیص احتمالی پزشک معالج:	
<input type="checkbox"/> Acute Leukemia	<input type="checkbox"/> Multiple Myeloma
<input type="checkbox"/> Chronic Leukemia	<input type="checkbox"/> سابقه لنفوم و احتمال درگیری مغز استخوان
	<input type="checkbox"/> Others
پانل مورد نیاز جهت تشخیص:	
<input type="checkbox"/> پانل MRD برای AML	<input type="checkbox"/> پانل لوسمی مزمن
<input type="checkbox"/> پانل MRD برای مالتیپل میلوما	<input type="checkbox"/> پانل مالتیپل میلوما
<input type="checkbox"/> پانل MRD برای ALL	<input type="checkbox"/> پانل لوسمی حاد
تعداد لام رنگ نشده آسپیراسیون 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:	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ کپی مدارک مربوط به یافته های پاراکلینکی (سونوگرافی، سی تی اسکن، آزمایشات آسپیراسیون BM و ...) ضروری است. ❖ در صورت ابتلاء قبلی و بررسی MRD حتماً سابقه بیمار و نوع تشخیص اولیه به همراه مدارک ارسال گردد. 	
نام و نام خانوادگی درخواست دهنده آزمایش:	امضاء