

DEBRECENI EGYETEM, KLINIKAI KÖZPONT
LABORATÓRIUMI MEDICINA • www.labmed.hu

Vizsgálatot kérő intézmény kódja:

Naplószám/Törzsszám:

Intézmény név, cím, osztály:

VEZETÉKNÉV: **UTÓNÉV:**

ANYJA NEVE:

LAKCÍM:

TB AZONOSÍTÓ JEL: SZÜLETÉSI DÁTUM: év hó nap

NEM: férfi nő *Térítési kategória:* **Feltétlenül kitöltendő! ld. a hátoldalon**

DIAGNÓZIS: BNO KÓD:

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS: telefonszám:

P.H.

e-mail: fax szám:

DÁTUM: év hó nap orvosi pecsétszám:

CITOGENETIKA – ONKOHEMATOLÓGIA
Telefon: (52) 411-717/55114 Fax: (52) 417-631

MINTAVÉTEL DÁTUMA, IDŐPONTJA: év hó nap Óra

VIZSGÁLATI MINTA: perifériás vér csontvelő egyéb:.....

Anamnesztikus adatok:

A Citogenetikai Laboratórium tölti ki:

Laborazonosító:		Minta beérkezésének ideje:	
Tenyésztés indítása:		Asszisztens:	

CITOGENETIKAI VIZSGÁLAT

FISH (Fluoreszcens in situ hibridizáció)

CML:	<input type="checkbox"/> t(9;22)	<input type="checkbox"/> i(17q)	<input type="checkbox"/> +8
CLL:	<input type="checkbox"/> +12	<input type="checkbox"/> del(17)(p13)	<input type="checkbox"/> del(13)(q14) <input type="checkbox"/> del(11)(q22.3)
MDS:	<input type="checkbox"/> -5/5q- <input type="checkbox"/> del(17)(p13)	<input type="checkbox"/> -7/7q- <input type="checkbox"/> del(20q)	<input type="checkbox"/> -13/del(13)(q14) <input type="checkbox"/> +8
Myeloma multiplex:	<input type="checkbox"/> -13/del(13)(q14) <input type="checkbox"/> t(14;16)	<input type="checkbox"/> del(17)(p13) <input type="checkbox"/> 1p32/1q21	<input type="checkbox"/> t(v;14)(v;q32) <input type="checkbox"/> t(4;14)(p16;q32) <input type="checkbox"/> t(11;14)(q13;q32)
AML:	<input type="checkbox"/> t(9;22)(q34;q11) <input type="checkbox"/> MLL (11)(q23)	<input type="checkbox"/> t/del/inv(16;16) <input type="checkbox"/> -7/7q-	<input type="checkbox"/> -5/5q- <input type="checkbox"/> t(15;17)(q24;q21) <input type="checkbox"/> +8
ALL:	<input type="checkbox"/> t(9;22) <input type="checkbox"/> TCF3 (19p13.3)	<input type="checkbox"/> MLL (11)(q23) <input type="checkbox"/> t(8;14)(q24;q32)	<input type="checkbox"/> t(12;21) <input type="checkbox"/> del(9p21) <input type="checkbox"/> t(v;14)(v;q32) <input type="checkbox"/> (+X,+4,+10,+17,+21)

Megjegyzés, kérés:

Vizsgálati minták típusai:

- 1-5 ml heparinnal avadésgátolt (zöld kupakos cső) csontvelő vagy perifériás vér. (A periférián a blastok mennyisége >15%.)
- CLL esetén perifériás vér

Mintafoadás. Munkanapokon rutinszerűen 8-12 óráig. Szükség esetén, előzetes megbeszélés alapján munkaidő végéig (16 óra).

A vizsgálati anyag tenyésztése miatt csontvelő minták fogadása: hétfő, kedd, szerda és csütörtök.

DEBRECENI EGYETEM, KLINIKAI KÖZPONT
LABORATÓRIUMI MEDICINA
ÚTMUTATÓ A LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATKÉRŐ LAP KITÖLTÉSÉHEZ

A KÉRŐLAPOT KÉRJÜK NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL KITÖLTENI!

VIZSGÁLATOT KÉRŐ INTÉZMÉNY KÓDJA

Az intézmény és/vagy szakrendelés kilenc jegyű ÁNTSZ kódja.

DIAGNÓZIS

Feltétlenül kitöltendő!

TÉRÍTÉSI KATEGÓRIA

Feltétlenül kitöltendő!

A négyzetbe az alábbiak közül a megfelelő szám vagy betűjel írandó be.

1. Magyar egészségbiztosítás alapján (járóbeteg szak- és alapellátás)
4. Egyéb nem magyar biztosítás alapján
6. Fekvőbeteg részére végzett ellátás
- D. Menekült, menedékes státuszt kérelmező
- E. Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, közösségi szabály alapján történő ellátás

VIZSGÁLATKÉRŐ ORVOS

A vizsgálatot kérő orvos neve ill. pecsétje.

TELEFONSZÁM

Amelyen szükség esetén konzultáció vagy sürgős eredményközlés céljából elérhető a vizsgálatot kérő orvos.

MEGJEGYZÉS

A vizsgálatkéréssel vagy mintákkal kapcsolatos megjegyzések.

VIZSGÁLATOK KÉRÉSE

A megfelelő négyzetbe **X** jelöléssel történik.

VIZSGÁLATI MINTA

A minta típusát a megfelelő négyzetben **X**-szel jelölje.

- 1-5 ml heparinnal alvadásgátolt (zöld kupakos cső) csontvelő vagy perifériás vér. (A periférián a blastok mennyisége > 15%.)
- CLL esetén perifériás vér

TERÁPIA

Amennyiben a laboratóriumi mérés eredményét befolyásoló terápia történik, azt kérjük megnevezni.