

Rekvisation af prøver: Immunologisk fænotype, PNH og EMA-test

Udfyldes af rekvirenten	Herlev og Gentofte Hospital Blodsygdomme, Laboratorie Borgmester Ib Juuls Vej 71 Opgang 9, etage 4, P4 2730 Herlev	Rekvirent (Hospital og afdeling) Patient navn & cpr-nr. (brug label eller BLOKBOGSTAVER)											
	Diagnose: (tentativ) _____ <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Stadietinddeling <input type="checkbox"/> Behandlingskontrol <input type="checkbox"/> Obs. relaps <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">JA</td> <td style="text-align: center;">NEJ</td> </tr> <tr> <td>Splenomegali</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lymfadenopati</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>M-komponent</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Type: _____		JA	NEJ	Splenomegali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lymfadenopati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M-komponent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	JA	NEJ											
Splenomegali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Lymfadenopati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
M-komponent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Ønskes undersøgt for: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Akut leukæmi</td> <td><input type="checkbox"/> Spinal (AML)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lymfom</td> <td><input type="checkbox"/> Kontrol AML</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CLL</td> <td><input type="checkbox"/> Kontrol ALL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Myelomatose</td> <td><input type="checkbox"/> PNH (3-6 ml EDTA-blod), bestilles efter aftale*</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Spinal (ALL/Lymfom)</td> <td><input type="checkbox"/> Sfærocytose (EMA-test, 3-6 ml EDTA-blod), bestilles efter aftale*</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Akut leukæmi	<input type="checkbox"/> Spinal (AML)	<input type="checkbox"/> Lymfom	<input type="checkbox"/> Kontrol AML	<input type="checkbox"/> CLL	<input type="checkbox"/> Kontrol ALL	<input type="checkbox"/> Myelomatose	<input type="checkbox"/> PNH (3-6 ml EDTA-blod), bestilles efter aftale*	<input type="checkbox"/> Spinal (ALL/Lymfom)	<input type="checkbox"/> Sfærocytose (EMA-test, 3-6 ml EDTA-blod), bestilles efter aftale*	
<input type="checkbox"/> Akut leukæmi	<input type="checkbox"/> Spinal (AML)												
<input type="checkbox"/> Lymfom	<input type="checkbox"/> Kontrol AML												
<input type="checkbox"/> CLL	<input type="checkbox"/> Kontrol ALL												
<input type="checkbox"/> Myelomatose	<input type="checkbox"/> PNH (3-6 ml EDTA-blod), bestilles efter aftale*												
<input type="checkbox"/> Spinal (ALL/Lymfom)	<input type="checkbox"/> Sfærocytose (EMA-test, 3-6 ml EDTA-blod), bestilles efter aftale*												
Udfyldes af Hæm. lab.	Lab. nr. Acquisition dato: _____ Totalt leukocytaltal: _____ x10 ⁶ celler/ml MNC-oprensning den / - : _____ stk amp. á _____ x10 ⁶ celler												

* Analyserne Sfærocytose og PNH skal meldes inden blodprøvetagning (tlf. 3868 2087). Prøverne skal være hæm.lab. i hænde senest 24 timer efter prøvetagning. EMA-prøver opbevares og sendes køligt.