

شماره پاتولوژی: شماره فلوسایتومتری: شماره فلوسایتومتری قبلی:

تاریخ پذیرش: / / تاریخ جوابدهی: / /
 روز / ماه / سال روز / ماه / سال

نام و نام خانوادگی: سن: جنسیت: تاریخ تولد: / /
 روز / ماه / سال سن

کد ملی: تلفن: موبایل: نام پزشکی:

درخواست رنگ آمیزی سیتوشیمی

Myeloperoxidase (POX) Perlodic Acid Schiff (PAS)

Non-specific Esterase (NSE) Tartrate Resistant Acid Phosphatase (TRAP)

Leukocyte Alkaline Phosphatase

نوع نمونه

خون محیطی به تعداد ویال، حجم ظاهر نرمال دارای لخته لیز غیره

مغز استخوان به تعداد ویال، حجم ظاهر نرمال دارای لخته لیز غیره

مایعات بدن از نوع به تعداد ویال، حجم و ظاهر خیر بله

آیا لام ارسالی نیز دارد؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن از چه نوع و به چه تعداد بله خیر

آیا رنگ شده اند؟ بله خیر

آیا فیکس شده اند؟ بله خیر

آیا درخواست پاتولوژی نیز دارید؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن نوع نمونه چیست بله خیر

آیا فلوسایتومتری قبلی داشته است؟ بله خیر

شرح حال و سابقه بیمار

مارکهای درخواستی پزشک:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رنگ آمیزی سیتوشیمی درخواستی پزشک: نام و امضاء تکمیل کننده فرم:

																				مارکهای درخواستی پاتولوژیست مورخه / /
																				مارکهای درخواستی پاتولوژیست مورخه / /
																				مارکهای درخواستی پاتولوژیست مورخه / /

رنگ آمیزی سیتوشیمی درخواستی پاتولوژیست مورخه / /
 رنگ آمیزی سیتوشیمی درخواستی پاتولوژیست مورخه / /

اینجانب رضایت خود را از پرداخت هزینه و انجام آزمایشات تکمیلی لازم برای تشخیص نهایی علاوه بر آنچه پذیرش شده است اعلام می دارم. امضاء و اثر انگشت:

توجه: لطفاً در صورت وجود گزارش فلوسایتومتری قبلی، یا داشتن آزمایشات مرتبط کپی آنها ضمیمه گردد.

کپی مدارک اخذ شده از بیمار شامل:

امضاء بیمار یا تحویل دهنده نمونه