

Žádanka:
Vyšetření klonální přestavby T-buněčného receptoru

Osobní data pacienta/(štítek)	Indikuje:
Jméno pacienta:	Lékař:
Rodné číslo:	Adresa:
Pojišťovna:	Datum náběru:
	Čas náběru:
Biologický materiál: <i>(Doporučené: 3-5 ml kostní dřeň, 10 ml nesrážlivé periferní krve (EDTA, citrát sodný))</i>	
periferní krev <input type="checkbox"/> kostní dřeň <input type="checkbox"/>	Počet leuko:

Klinická data		
Stav choroby:	záchyt <input type="checkbox"/>	
	remise <input type="checkbox"/>	
	relaps <input type="checkbox"/>	
Léčba:		
Výsledek požadován:	statim <input type="checkbox"/>	
	standardně <input type="checkbox"/>	
Požadováno vyšetření (prosím zaškrtněte):		
Vyšetření klonální přestavby TCR <input type="checkbox"/>	Mutační analýza kódující sekvence p53 (exon 4-9), FASAY <input type="checkbox"/>	Kvantifikace transkriptů Bcl-2 <input type="checkbox"/>
Příprava klon-specifické eseje pro vyšetření MRN <input type="checkbox"/>	Vyšetření minimální reziduální nemoci (MRN) <input type="checkbox"/>	Cyclin D1 <input type="checkbox"/>
Vyšetření provádí:		
Laboratoře Chambon a.s. - Laboratoř molekulární diagnostiky www.chambon.cz Evropská 176/16, 160 00 Praha 6 E-mail: sona.pekova@synlab.cz , info@chambon.cz Tel.: 221 985 475, 221 985 478, 221 985 481 Mobil: 732 517 266		

Indikující lékař svým podpisem stvrzuje, že vzorek byl odebrán na základě informovaného souhlasu pacienta.