



Imunoalergológia Dzurilla s.r.o.

Samostatné zariadenie SValZ - laboratórium klinickej imunológie a alergológie

Fatranská 5A, 949 01 Nitra, tel:037/ 7930 261, fax:037/ 7930 264

e-mail: laboratorium@dzurilla.com

web: www.dzurilla.com

odborný zástupca: MUDr. Pavel Dzurilla

Žiadanka na vyšetrenie bunkovej imunity prietokovou cytometriou

Prosíme Vás o dôsledné a svedomitú vyplnenie žiadanky, uľahčí nám to vzájomnú spoluprácu. Ďakujeme.

Meno: Dg: (názov a kód):

Priezvisko: Rodné číslo: _____ / _____ Poistovňa pac.:

Bydlisko:

Meno, kód, tel. číslo a presná adresa pracoviska odosielajúceho lekára:

.....
.....

Materiál : plná krv, 2 skúmavky - odber ako na KO. Okrem tejto žiadanky prosíme vyplniť aj žiadanku na KO + diferencovaný leukogram

Žiadame vyšetriť kompletný panel: CD3⁺, CD19⁺, CD3⁺/CD4⁺, CD3⁺/CD8⁺, CD3⁺/CD16⁺ CD56⁺, CD3⁺/HLA-DR⁺, HLA-DR⁺ v CD3⁺, HLA-DR⁺ v CD4⁺, HLA-DR⁺ v CD8⁺

Anamnéza:

.....
.....

Objektívny nález (uviesť len patologické nálezy)

.....
.....

Súčasná terapia (vrátane predchádzajúcej terapie, ktorá by mohla ovplyvniť výsledok vyšetrenia)

.....
.....

Nálezy súvisiace so suponovanou diagnózou (laboratórne výsledky, rtg, sono, biopsie atď.)

.....
.....

Krátka epikríza

.....
.....

Materiál treba doručiť do 10:00 hod. do laboratória Imunoalergológia Dzurilla (objekt za poliklinikou Chrenová, medzi Krajským osvetovým strediskom a ZŠ Fatranská)

Dátum:

Pečiatka a podpis ordinujúceho lekára:.....