



پرسشنامه آزمایش فلوسایتومتری:

تاریخ:	شماره پذیرش: ارسالی از:	نام بیمار: سن:	نوع نمونه:
تاریخ و ساعت نمونه گیری در آزمایشگاه رصد:	تاریخ و ساعت نمونه گیری در آزمایشگاه ارسالی:	تاریخ و ساعت ارسال نمونه در آزمایشگاه ارسالی:	

علت درخواست آزمایش:
سابقه BMT یا دریافت خون: توضیح:

جواب آزمایش قبلی:
جواب آزمایش پاتولوژی:

سابقه درمان (تاریخ، مدت و نوع داروی مصرفی ذکر شود):
مصرف هپارین (تاریخ و مدت زمان ذکر شود):

شبکه آزمایشگاهی رصد

نوع نمونه مورد نیاز: خون تام یا آسپیره مغز استخوان روی EDTA، CSF، لواز برونش و ...

حداقل حجم نمونه مورد نیاز: ۱ میلی لیتر

شرایط نگهداری: خون یا مغز استخوان حداکثر یک روز در دمای محیط (۲۵-۱۵ درجه)، CSF و BAL همان ساعات اولیه پس از خونگیری باید انجام شود.

نقل و انتقال: در دمای محیط صورت گیرد.

دستور العمل ثبت فلوسایتومتری:

- نام بیمار، سن و تاریخ مراجعه ذکر گردد.
- ارسالی از: نام آزمایشگاه به همراه نام شهر نوشته شود. (مانند آزمایشگاه رصد تهران)
- تاریخ و ساعت خونگیری و نیز تاریخ و ساعت ارسال به طور جداگانه در محل مشخص شده نوشته شود.
- علائمی که به خاطر آن به پزشک مراجعه شده را در قسمت علت درخواست آزمایش ذکر کنید.
- اگر سابقه BMT یا دریافت خون وجود دارد، همراه تاریخ ذکر شود.
- جواب آزمایش های قبلی و نیز در صورت امکان جواب پاتولوژی ذکر گردد.
- سابقه مصرف دارو و نام داروهای مصرفی نوشته شود.
- در صورت مصرف هپارین، تاریخ و مدت زمان مصرف ذکر شود.

شبکه آزمایشگاهی رصد