



ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России  
Централизованная клиничко-диагностическая лаборатория  
Группа проточной цитометрии  
г. Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4.  
Единая справочная служба: +7 (800) 775-05-82, +7 (495) 612-45-51

## НАПРАВЛЕНИЕ

### НА ИММУНОФЕНОТИПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ф.И.О. пациента (полностью) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол (муж./жен.): \_\_\_\_\_

Краткий анамнез заболевания \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Предшествующая терапия \_\_\_\_\_

Дополнительные лабораторные, инструментальные и клинические обследования \_\_\_\_\_

#### Отметьте ✓ необходимые лабораторные исследования:

✓	Код услуги	Наименование лабораторных исследований
	A12.06.001.006	Исследование CD20+ лимфоцитов
	A12.30.012.001.006	Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров гемобластозов. Острые лейкозы
	A12.30.012.001.007	Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров гемобластозов. Лимфомы
	A12.30.012.001.008	Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров гемобластозов. МПЗ
	A12.30.012.001.009	Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров гемобластозов. МПЗ, дообследование
	A12.30.012.001.010	Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров гемобластозов. Лимфомы (дообследование после скрининга)
	A12.30.012.001.011	Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров гемобластозов. Лимфомы/ Острые лейкозы - малый объем образца (ликвор и другие биоматериалы)
	A12.30.012.002.006	Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров минимальной остаточной болезни при гемобластозах (ХЛЛ/ВКЛ)
	A12.30.012.005.001	Иммунофенотипирование периферической крови для выявления субпопуляционного состава лимфоцитов (основные). Скрининг ЛПЗ
	A08.30.012.015	Исследование биологического материала методом проточной цитофлуориметрии. Скрининговый тест с эозин-5-малеимидом (ЭМА-тест для диагностики наследственного сфероцитоза)
	B03.002.002	Исследование иммунологического статуса при гуморальном иммунодефиците

Дата и время взятия биоматериала \_\_\_\_\_

Медицинская организация, направляющая биоматериал \_\_\_\_\_

Ф.И.О. назначившего врача \_\_\_\_\_

Контактный телефон, e-mail врача \_\_\_\_\_

**Результат исследования выслать по e-mail** \_\_\_\_\_

Дата назначения исследования: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_