

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России
Централизованная клинико-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

Контактные данные пациента:

Ф.И.О. пациента (полностью): _____

Дата рождения: _____ Пол (муж./жен.): _____

Направляемый биоматериал _____ Дата и время взятия биоматериала _____

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. ХММЛ
	A12.30.012.001.010	Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров гемобластозов. Дообследование после скрининга ЛПЗ.
	A12.30.012.001.011	Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров гемобластозов. Лимфомы/ Острые лейкозы - малый объем образца (ликвор и другие биоматериалы)
	A12.30.012.001.013	Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров гемобластозов. Скрининг ЛПЗ
	A12.30.012.002.006	Иммунофенотипирование биологического материала для выявления маркеров минимальной остаточной болезни при гемобластозах (ХЛЛ/ВКЛ)
	A12.30.012.013	Исследование биологического материала методом проточной цитофлуориметрии. Исследование функциональной активности тромбоцитов* *Услуга временно недоступна
	A08.30.012.015	Исследование биологического материала методом проточной цитофлуориметрии. Скрининговый тест с эозин-5-малеимидом (ЭМА-тест для диагностики наследственного сфероцитоза)* *Услуга временно недоступна

Контактные данные врача:

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: _____