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 оказывается только при взятии биоматериала в НМИЦ гематологии |
|  | 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_