|  |  |
| --- | --- |
|  | ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава РоссииЦентрализованная клинико-диагностическая лабораторияГруппа проточной цитометрииг. 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_