



Pieczęć Zleceniodawcy

UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE WUM  
**DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. JÓZEFA POLIKARPA BRUDZIŃSKIEGO**  
ul. Żwirki i Wigury 63A, 02-091 Warszawa  
LABORATORIUM DZIECIĘCEGO SZPITALA KLINICZNEGO  
IM. JÓZEFA POLIKARPA BRUDZIŃSKIEGO W WARSZAWIE  
**PRACOWNIA CYTOMETRII PRZEPŁYWOWEJ**  
tel. 22 317-9505, 9503; [cytometria.dsk@uckwum.pl](mailto:cytometria.dsk@uckwum.pl)

MIEJSCE NA KOD MATERIAŁU

## Zlecenie na badania laboratoryjne do Pracowni Cytometrycznej

### Dane Pacjenta

**Nazwisko:**.....**Imię:**.....**Data ur.**..... **Płeć:** K M  
**PESEL:** ..... **Adres:**..... **Tel. pacjenta/opiekuna:**.....  
**Oddział** ..... **Tryb zlecenia:** ☐ Rutynowy ☐ Pilny  
**Rozpoznanie wstępne**..... **kontakt tel. do lekarza**.....

**Materiał: krew, szpik na badania należy dostarczyć max. do godziny 11:00**☐ Badanie pierwsze ☐ Badanie kolejnePłyn z jam ciała należy dostarczyć do Pracowni **maksymalnie do 2 godzin od pobrania!**

- ☐ 10183- Subpopulacje limfocytów TBNK + wartości bezwzględne
- ☐ 10184- Immunofenotyp-diagnostyka ostrych białaczek
- ☐ 10185- Immunofenotyp szpiku-panel podstawowy
- ☐ 10186- Aktywowane limfocyty T-krew obwodowa
- ☐ 10187- CD34 we krwi obwodowej
- ☐ 10188- BALF-subpopulacje CD4 i CD8
- ☐ 10189- Limfocyty B CD19/CD20 we krwi obwodowej
- ☐ 10190- Test EMA - diagnostyka sferocytozy wrodzonej
- ☐ 10191- Test oporności osmotycznej metodą cytometrii przepływowej
- ☐ 10192- Test aktywacji bazofili BAT
- ☐ 10194- Ekspresja perforyny w komórkach cytotoksycznych
- ☐ 10195- Bcl-2 ekspresja w komórkach białaczkowych
- ☐ 11238- Podwójnie negatywne limfocyty T TCR alfa-beta
- ☐ 11239 -Ocena klonu PNH w RBC i WBC - cytometria DSK
- ☐ 11248 - CD46 (MCP) na neutrofilach (diagnostyka aHUS)
- ☐ 4406 - Ocena subpopulacji limfocytów B (panel CVID)
- ☐ 4407 - Ocena subpopulacji limfocytów T (Panel T )
- ☐ 4404 - Ocena zdolności fagocytów do wytwarzania rodników tlenowych (Phagoburst)
- ☐ Inne badania.....

- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ krew ☐ szpik ☐ PMR ☐ PJC na EDTA min.2,6 ml
- ☐ szpik na EDTA 1,6 ml
- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ BALF na EDTA 2,6 ml
- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ krew na EDTA 1,6 ml
- ☐ *krew na heparynę litową 2,6 ml*

**DATA I GODZ. POBRANIA MATERIAŁU:****PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:****DATA I GODZ. DOSTARCZENIA MATERIAŁU DO LABORATORIUM**

\* Dotyczy zleceń od kontrahentów zewnętrznych

\* Wyrażam zgodę na pokrycie kosztów badania /-ń

|                                                                 |                                                       |                                              |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|                                                                 |                                                       |                                              |
| <b>Lekarz zlecający / Kierownik Kliniki (pieczęćka, podpis)</b> | <b>Przedstawiciel Księgowości (pieczęćka, podpis)</b> | <b>Dyrektor Placówki (pieczęćka, podpis)</b> |