

**ŽÁDANKA O SEKVENAČNÍ VYŠETŘENÍ MUTACE GENU TP53**Jméno a příjmení vyšetřované osoby: Číslo pojištěnce:  Pojišťovna:  Kód diagnózy: Ordinující lékař:  Datum odběru: Instituce, poštovní adresa:  IČZ nebo IČP: Odbornost: Pohlaví: 

Razítko, podpis:

Komu zaslat výsledek:

č. tel.:

e-mail:

(po předchozí domluvě je možné dodat kopii výsledku i jinak)

Vzorek: Periferní krev  Jiný materiál – uveďte:   
Punktát dřene Poslední KO: Datum:  Počet leukocytů:  % lymfocytů (u ALL blastů): 

Cytogenetické vyšetření (FISH):

Diagnóza slovy:  Diagnóza (kód MKN): Jde-li o CLL, vyplňte prosím:Současné Rai stadium:  a/nebo Binet stadium: 

Léčba:

Komentář:

**Náběr:** Periferní krev: 8 - 10 ml  
**Punktát dřene:** alespoň 1/3 z nabraného materiálu, raději více (3 ml). Zvláště v případě stanovení reziduálního onemocnění je třeba dodržet standardní podmínky – nutno získat dostatečný počet buněk (5 mil.) při separaci.  
Nevystavovat teple ani mrazu – **optimum 4 °C!**  
**Médium při odběru: možno ACD, citrát, EDTA. Nikdy heparin!**