

	پرسشنامه آزمایش فلوسایتومتری	کدسند : P-20-F-18
		شماره بازنگری : 00
		محدوده توزیع : فلوسایتومتری

شماره پذیرش :	نام بیمار :	سن :	ارسالی از آزمایشگاه :
تاریخ و ساعت نمونه گیری در آزمایشگاه مبدا :			
علت درخواست آزمایش :			
سابقه BMT یا در یافت خون با ذکر تاریخ :			
توضیحات در مورد جواب آزمایشات قبلی و آزمایشات مرتبط مانند پاتولوژی :			
سابقه درمان با ذکر مدت درمان و نوع دارو مصرفی :			
مصرف هپارین (تاریخ و مدت زمان مصرف) :			
نوع نمونه مورد نیاز : خون تام یا آسپیره مغز استخوان روی EDTA، CSF، لاواژبرونش و... حداقل حجم مورد نیاز ۱ میلی لیتر می باشد شرایط نگهداری : خون یا مغز استخوان حداکثر یک روز در دمای محیط (۲۵-۱۵ درجه) BAL، CSF در همان ساعات اولیه پس از خونگیری باید انجام شود نقل و انتقال نمونه در دمای محیط صورت گیرد			

همکاران محترم ثبت تمامی موارد خواسته شده در پرسشنامه فوق الزامی می باشد