



آزمایشگاه تشخیص طبی دانش

پرسشنامه CD Markers

تاریخ: / /	شماره پذیرش:	نام بیمار:	سن:	نوع نمونه:
نمونه گیری: / / ساعت:	نمونه گیری در آز-ارسالی: / / ساعت:	نمونه گیری در آز-ارسالی: / / ساعت:	نمونه گیری در آز-ارسالی: / / ساعت:	نمونه گیری: / / ساعت:

شرح حال بیمار و علت درخواست آزمایش:

سابقه BMT ، دریافت خون / / توضیح:

نتایج آزمایش های قبلی:

جواب آزمایش پاتولوژی

سابقه درمان (تاریخ، مدت ونوع داروی مصرفی):

سایر آزمایش های بیمار

نمونه مورد نیاز: خون تام یا اسپیره مغزاستخوان روی ضد انعقاد EDTA یا هپارین ، CSF ، BAL و...

حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۱ میلی لیتر می باشد

شرایط نگهداری : خون یا مغز استخوان ۱ روز در دمای محیط ، CSF ، BAL در ساعات اول پس از نمونه گیری

نقل و انتقال : دردمای محیط