

Patiëntgegevens

BSN* _____

ACHTERNAAM* _____

VOORNAAM / VOORLETTERS* _____

GEBOORTEDATUM* _____ GESLACHT* man
 vrouw

STRAATNAAM + HUISNR _____

POSTCODE + WOONPLAATS _____

ZORGVERZEKERAAAR + POLISNR _____

UW REFERENTIENUMMER _____

**verplicht veld*

Unit celdiagnostiek tel. 088-7557608

Verzendadres regulier:

Loket Externe Monsterontvangst, huispostnr. G03.330

Verzendadres bij spoedaanvraag:

Unit celdiagnostiek, huispostnr. F03.826

Heidelberglaan 100

3584 CX Utrecht

cdl-celdiagnostiek@umcutrecht.nl
www.cdl-umcu.nl

Let op: download dit formulier voor optimale werking

Contactgegevens aanvrager

Naam organisatie _____

Afdeling _____

Adres _____

Naam arts _____

Telefoonnummer _____

Monsterinformatie

Afnamedatum:-.....-.....

Afnametijd: : uur

LABORATORIUM CELDIAGNOSTIEK

Immunofenotypering ^A		Cytomorfologie ^A	
Wordt patiënt behandeld met therapeutische antistof en zo ja welke?		<input type="checkbox"/> Beoordeling bloed + 2 ongekleurde preparaten meesturen	
<input type="checkbox"/> Liquor ^{B 6}	<input type="checkbox"/> Oogvocht ^{B 6}	<input type="checkbox"/> Beoordeling beenmerg + 2 ongekleurde preparaten meesturen	
<input type="checkbox"/> Bloed ⁵	<input type="checkbox"/> Beenmerg ⁵	<input type="checkbox"/> IJzerkleuring beenmerg + 2 ongekleurde preparaten meesturen	
<input type="checkbox"/> Overige materialen:		<input type="checkbox"/> Diagnose	
<input type="checkbox"/> T-cel: absoluut aantal CD4		<input type="checkbox"/> Follow-up (zonder dysplasie)	
<input type="checkbox"/> Lymfocyten subset (T,B,NK)		<input type="checkbox"/> Follow-up (met dysplasie)	
<input type="checkbox"/> Lymfocyten subset uitgebreid T + B		Hematologische indices: (verplicht)	
CLL:	<input type="checkbox"/> diagnose	<input type="checkbox"/> Hb:	
	<input type="checkbox"/> follow-up	<input type="checkbox"/> Trombo:	
Lymfoom:	<input type="checkbox"/> diagnose	<input type="checkbox"/> Leuko:	
	<input type="checkbox"/> follow-up	<input type="checkbox"/> MCV:	
Immunocytoom / Waldenström:	<input type="checkbox"/> diagnose / follow-up		
Leukemie:	<input type="checkbox"/> diagnose		
	<input type="checkbox"/> follow-up		
Myeloma:	<input type="checkbox"/> diagnose		
	<input type="checkbox"/> follow-up		
Mastocytose:	<input type="checkbox"/> diagnose / follow-up		
PNH:	<input type="checkbox"/> diagnose / follow-up		
1 2x 10ml Na- of Li-Heparine 2 5ml Serum 3 2ml EDTA	4 10 ml Na- of Li-Heparine 5 Bloed /BM 10 ml EDTA 6 Liquor / oogvocht in opvangmedium	# Bepaling valt buiten kwaliteits- certificaat ISO15189	

Extra info
Klinische vraagstelling (verplicht)
^A Minimaal één dag van tevoren aanmelden

^B Lever materiaal vóór 12.00 uur in

^C Alleen maandag t/m donderdag en niet op dag voorafgaand aan feestdag insturen

Patiëntgegevens

BSN*

ACHTERNAAM*

GEBOORTEDATUM*

LABORATORIUM CELDIAGNOSTIEK

Functionele diagnostiek ^A

HLH/XLP: ^{B C}

- HLH (alle testen worden uitgevoerd) ¹
- Perforine expressie ¹
- NK celfunctie (lysis) ¹
- Degranulatie (CD107a) ¹
- SAP/XIAP expressie (X-gebonden) ¹
- Sol. IL2-R ²

ALPS: ^B

- CD4⁺CD8⁻DN T cellen ³

CVID/CID: ^B

- Lymfo subsets uitgebreid T+B ³
- Regulatoire T-cellen ^{#5}
- TCR V β analyse ³
- T-cel proliferatie (standard) ^{#4}
- T-cel proliferatie (VZV) ^{#4}
- T-cel proliferatie (HSV1) ^{#4}

CGD: ^B

- Oxidatieve burst (Phagoburst) ⁴

1 2x 10ml Na- of Li-Heparine

2 5ml Serum

3 2ml EDTA

4 10 ml Na- of Li-Heparine

5 Bloed /BM 10 ml EDTA

6 Liquor / oogvocht in opvangmedium

Bepaling valt buiten kwaliteits-
certificaat ISO15189

Extra info

Klinische vraagstelling (verplicht)

^A Minimaal één dag van tevoren aanmelden

^B Lever materiaal vóór 12.00 uur in

^C Alleen maandag t/m donderdag en niet op dag voorafgaand aan feestdag insturen