

	ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ PRŮTOKOVOU CYTOMETRIÍ	Druh primárního materiálu: <input type="checkbox"/> krev	Lab. číslo, datum:
	Oddělení klinické imunologie – laboratoř průtokové cytometrie Revmatologický ústav, Na Slupi 4, 128 50 Praha 2 ☎ 234 075 330, 102, 453 krystufkova@revma.cz		
Pacient (příjmení, jméno, titul): Adresa:		Identifikace lékaře (Razítko, IČZ a odbornost, adresa, telefonní číslo, jméno, podpis)	
Číslo pojištěnce:			
Pojišťovna:	Diagnóza:		
Datum a čas odběru, identifikace odebírající sestry:			

 Imunofenotypizace subpopulací lymfocytů

CD 19
 CD 3
 CD 4
 CD 8
 NK
 CD 19 abs
 CD 3 abs
 CD 4 abs
 CD 8 abs
 NK abs

 Stanovení HLA

HLA B27
 HLA B7