

	KLINICKÉ ÚDAJE k žádance o vyšetření průtokovou cytometrií		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 pojištění:			
Pojišťovna:	Diagnóza: Diagnóza slovy: Pohlaví:		
Dotaz:			

VYŠETŘENÍ: vstupní kontrolní

MATERIÁL: Periferní krev Lymfocyty%G/l
Cytologie.....bb/ μ l

TERAPIE:

Kortikoidy p.o.	<input type="checkbox"/>	Kortikoidy pulz	<input type="checkbox"/>	před	<input type="checkbox"/>	po	<input type="checkbox"/>
Cyklofosfamid p.o.	<input type="checkbox"/>	Cyklofosfamid pulz	<input type="checkbox"/>	před	<input type="checkbox"/>	po	<input type="checkbox"/>
Methotrexat	<input type="checkbox"/>	Leflunomid	<input type="checkbox"/>	Cyklosporin A		<input type="checkbox"/>	
Azathioprin	<input type="checkbox"/>	MMF	<input type="checkbox"/>	Antimalarika		<input type="checkbox"/>	

Anti TNF α - nyní	<input type="checkbox"/>	Infliximab	<input type="checkbox"/>	Golimumab	<input type="checkbox"/>
- v anamnéze	<input type="checkbox"/>	Etanercept	<input type="checkbox"/>	Certolizumab	<input type="checkbox"/>
		Adalimumab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rituximab - nyní	<input type="checkbox"/>	- první léčba	<input type="checkbox"/>	- opakovaná léčba	<input type="checkbox"/>
- v anamnéze	<input type="checkbox"/>	cyklus:	poslední podání:		
Jiné:		Tocilizumab	<input type="checkbox"/>	Abatacept	<input type="checkbox"/>