

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
Contactgegevens aanvrager

Naam organisatie _____

Afdeling _____

Adres _____

Naam arts _____

Telefoonnummer _____

Monsterinformatie

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

Afnametijd: : uur

LABORATORIUM CELDIAGNOSTIEK
Immunofenotypering ^A

Wordt patiënt behandeld met therapeutische antistof en zo ja welke?

Liquor ^{B 6} Oogvocht ^{B 6}

Bloed ⁵ Beenmerg ⁵

Overige materialen:

SCT:

Startmonster autoloog

Tussenmonster allogene

Eindmonster T cel aferese

T-cel: absoluut aantal CD4

Lymfocyten subset (T,B,NK)

Lymfocyten subset uitgebreid T + B

Aferesedag:

CLL: diagnose

follow-up

Bewerkt volume:

Lymfoom: diagnose

follow-up

Product volume:

Immunocytoom / Waldenström: diagnose / follow-up

Gewicht patiënt:

Leukemie: diagnose

follow-up

Myeloma: diagnose

follow-up

Mastocytose: diagnose / follow-up

PNH: diagnose / follow-up

Cytomorfologie ^A

Beoordeling bloed +
2 ongekleurde preparaten
meesturen

Beoordeling beenmerg +
2 ongekleurde preparaten
meesturen

IJzerkleuring beenmerg +
2 ongekleurde preparaten
meesturen

Diagnose

Follow-up (zonder dysplasie)

Follow-up (met dysplasie)

 Hematologische indices:
(verplicht)

 Hb:

 Trombo:

 Leuko:

 MCV:

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
- TCR Vβ 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