UMC Utrecht

DIVISIE LABORATORIA, APOTHEEK EN BIOMEDISCHE GENETICA
CENTRAAL DIAGNOSTISCH LABORATORIUM

Aanvraagformulier Celdiagnostiek

Patiëntgegevens

BSN*

ACHTERNAAM*

VOORNAAM / VOORLETTERS*

GESLACHT* ○ man ○ vrouw

GEBOORTEDATUM*

STRAATNAAM + HUISNR

POSTCODE + WOONPLAATS

ZORGVERZEKERAAR + 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 _____

RESET FORMULIER

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 ☐ allogeen
☐ Eindmonster ☐ T cel aferese

☐ T-cel: absoluut aantal CD4
☐ Lymfocyten subset (T,B,NK)
☐ Lymfocyten subset uitgebreid T + B

CLL:	☐ diagnose ☐ follow-up
Lymfoom:	☐ diagnose ☐ follow-up
Immunocytoom / Waldenström:	☐ diagnose / follow-up
Leukemie:	☐ diagnose ☐ follow-up
Myeloma:	☐ diagnose ☐ follow-up
Mastocytose:	☐ diagnose / follow-up
PNH:	☐ diagnose / follow-up

Aferesedag:

Bewerkt volume:

Product volume:

Gewicht patiënt:

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

Aanvraagformulier Celdiagnostiek

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	4 10 ml Na- of Li-Heparine	# Bepaling valt buiten kwaliteits-
2 5ml Serum	5 Bloed /BM 10 ml EDTA	certificaat ISO15189
3 2ml EDTA	6 Liquor / oogvocht in opvangmedium	

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

PRINT FORMULIER