

**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](mailto:cdl-celdiagnostiek@umcutrecht.nl)
[www.cdl-umcu.nl](http://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 <sup>A</sup>	SCT:	Cytomorfologie <sup>A</sup>
Wordt patiënt behandeld met therapeutische antistof en zo ja welke?  <input type="checkbox"/> Liquor <sup>B 6</sup> <input type="checkbox"/> Oogvocht <sup>B 6</sup> <input type="checkbox"/> Bloed <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Beenmerg <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Overige materialen:	<input type="checkbox"/> Startmonster <input type="checkbox"/> autoloog <input type="checkbox"/> Tussenmonster <input type="checkbox"/> allogeen <input type="checkbox"/> Eindmonster <input type="checkbox"/> T cel aferese	<input type="checkbox"/> Beoordeling bloed + 2 ongekleurde preparaten meesturen <input type="checkbox"/> Beoordeling beenmerg + 2 ongekleurde preparaten meesturen <input type="checkbox"/> IJzerkleuring beenmerg + 2 ongekleurde preparaten meesturen
<input type="checkbox"/> T-cel: absoluut aantal CD4 <input type="checkbox"/> Lymfocyten subset (T,B,NK) <input type="checkbox"/> Lymfocyten subset uitgebreid T + B	Aferesedag:	<input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Follow-up (zonder dysplasie) <input type="checkbox"/> Follow-up (met dysplasie)
CLL: <input type="checkbox"/> diagnose <input type="checkbox"/> follow-up	Bewerkt volume:	Hematologische indices: (verplicht) <input type="checkbox"/> Hb:  <input type="checkbox"/> Trombo:  <input type="checkbox"/> Leuko:  <input type="checkbox"/> MCV:
Lymfoom: <input type="checkbox"/> diagnose <input type="checkbox"/> follow-up	Product volume:	
Immunocytoom / Waldenström: <input type="checkbox"/> diagnose / follow-up	Gewicht patiënt:	
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 ISO15189 scope M049

**Extra info**
**Klinische vraagstelling (verplicht)**
<sup>A</sup> Minimaal één dag van tevoren aanmelden

<sup>B</sup> Lever materiaal vóór 12.00 uur in

<sup>C</sup> Alleen maandag t/m donderdag en niet op dag voorafgaand aan feestdag insturen

<sup>D</sup> Materiaal moet binnen 24 uur na afname aanwezig zijn op het UMC Utrecht

<sup>E</sup> Na afname gekoeld bewaren, gekoeld verzenden

Patiëntgegevens

BSN\*

ACHTERNAAM\*

GEBOORTEDATUM\*

LABORATORIUM CELDIAGNOSTIEK

Functionele diagnostiek <sup>A</sup>

**HLH/XLP:** <sup>B C</sup>

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

**ALPS:** <sup>B</sup>

- CD4<sup>+</sup>CD8<sup>-</sup>DN T cellen <sup>3</sup>

**CVID/CID:** <sup>B</sup>

- Lymfo subsets uitgebreid T+B <sup>3</sup>
- Regulatorie T-cellen <sup>#5</sup>
- TCR V $\beta$  analyse <sup>3</sup>
- T-cel proliferatie (standard) <sup>#4</sup>
- T-cel proliferatie (VZV) <sup>#4</sup>
- T-cel proliferatie (HSV1) <sup>#4</sup>

**CGD:** <sup>B</sup>

- Oxidatieve burst (Phagoburst) <sup>4</sup>

**BAT (basofiele activatietest)**

- BAT-pinda <sup>3,C,D,E</sup>

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 ISO15189 scope M049

Extra info

Klinische vraagstelling (verplicht)

<sup>A</sup> Minimaal één dag van tevoren aanmelden

<sup>B</sup> Lever materiaal vóór 12.00 uur in

<sup>C</sup> Alleen maandag t/m donderdag en niet op dag voorafgaand aan feestdag insturen

<sup>D</sup> Materiaal moet binnen 24 uur na afname aanwezig zijn op het UMC Utrecht

<sup>E</sup> Na afname gekoeld bewaren, gekoeld verzenden