



### בדיקות FISH

פרטי השולח – חותמת רופא (חובה)

פרטי המטופל – מדבקת מטופל (חובה)

שם השולח	
טלפון	פקס
גורם שולח (מרפאה, מחלקה)	

שם המטופל	ת.ז.
תאריך לידה	מין
Female	זכר <input type="checkbox"/>
Male	נקבה <input type="checkbox"/>
תאריך לקיחת הדגימה	שעה

#### Specimens Provided (required)

<input type="checkbox"/> Blood	<input type="checkbox"/> Paraffin Block	יש לשלוח מבחנת הפרין (פקק ירוק) דם או מח עצם
<input type="checkbox"/> Bone Marrow	No. Sent	
<input type="checkbox"/> Lymph Node	<input type="checkbox"/> Wet Tissue	
<input type="checkbox"/> Body Fluid		
Type:		
<input type="checkbox"/> CSF		
<input type="checkbox"/> Pleural		
<input type="checkbox"/> Other		

#### Clinical Diagnosis / Pathology (required)

Suspected Diagnosis
Brief History
Disease Stage
<input type="checkbox"/> New Diagnosis <input type="checkbox"/> Relapse <input type="checkbox"/> MRD
ICD-10 Diagnosis Code
CBC Results
HGB _____ MCV _____ WBC _____
RBC _____ RDW _____ PLT _____

#### CHRONIC LYMPHOCYTIC LYMPHOMA (CLL)

<input type="checkbox"/> 17p13	Del(P53)
<input type="checkbox"/> 11q22.3	Del(ATM)
<input type="checkbox"/> DLEU1/LAMP1	Del(13q)
<input type="checkbox"/> SEC63/MYB	Del(6q)
<input type="checkbox"/> Cent 12	

#### LYMPHOMA

<input type="checkbox"/> t(11;14)	MYEOV/IGH
<input type="checkbox"/> t(14;18)	IGH/BCL2
<input type="checkbox"/> BCL6 BA	
<input type="checkbox"/> BCL2 BA	
<input type="checkbox"/> c-MYC BA	

#### ACUTE MYELOID LEUKEMIA (AML)

<input type="checkbox"/> 17p13	Del(P53)
<input type="checkbox"/> 11q22.3	Del(ATM)
<input type="checkbox"/> t(15/17)	PML/RARA

#### CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (CML)

<input type="checkbox"/> t(9;22)	BCR/ABL
----------------------------------	---------

#### MULTIPLE MYELOMA (MM)

<input type="checkbox"/> 17p13	Del(P53)
<input type="checkbox"/> 13q14.2	Del(13q)
<input type="checkbox"/> 1p32.3	Del(CDKN2C)
<input type="checkbox"/> 1q21-22	CKS1B Amplification
<input type="checkbox"/> 14q32	IGH BA
<input type="checkbox"/> t(4;14)	FGFR3/IGH
<input type="checkbox"/> t(11;14)	MYEOV/IGH
<input type="checkbox"/> t(14;16)	IGH/MAF
<input type="checkbox"/> t(14;20)	IGH/MAFB

#### ADDITIONAL TESTS (INDICATE TEST AND PROBE NAME)

--