



בדיקות FACS

פרטי השולח – חותמת רופא (חובה)

שם השולח
טלפון
פקס
גורם שולח (מרפאה, מחלקה)

פרטי המטופל – מדבקת מטופל (חובה)

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

Specimens Provided (required)

<input type="checkbox"/> Blood	<input type="checkbox"/> Tissue:
<input type="checkbox"/> Bone Marrow	<input type="checkbox"/> Tru-Cut
<input type="checkbox"/> Lymph Node	<input type="checkbox"/> FNA
<input type="checkbox"/> Body Fluid	<input type="checkbox"/> Anatomic Site
Type:	יש לשלוח מבחנת EDTA (פקק)
<input type="checkbox"/> CSF	סגול) אחת, דם או מח עצם
<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 _____

Is patient on therapy: anti-CD20 anti-CD38

Leukemia and Lymphoma Screening / Phenotyping

<input type="checkbox"/> AML	Acute Myeloid Leukemia
<input type="checkbox"/> MDS	MyeloDysplastic Syndrome
<input type="checkbox"/> LPD	LymphoProliferative Disease
<input type="checkbox"/> MM	Multiple Myeloma
<input type="checkbox"/> Blasts	Screening Tube (CD34, CD117, CD2, CD5)

Immunodeficiency Testing

<input type="checkbox"/> CVID	Common variable immunodeficiency disorders
-------------------------------	--

Other

<input type="checkbox"/> PNH	Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria
<input type="checkbox"/> CGD	Chronic Granulomatous Disease
<input type="checkbox"/> HbF	Fetal Haemoglobin
<input type="checkbox"/> CD19	CD19 B Cell Counts
<input type="checkbox"/> CD4	CD4 T cell Counts
<input type="checkbox"/> T-Subsets	T Cell Subsets (CD4, CD8 and CD4/CD8 ratio)

ADDITIONAL TESTS

(INDICATE TEST AND MARKER NAME)

--