Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой
Лаборатория трансплантологии и молекулярной гематологии
Тел./факс: (812) 233-96-01 E-mail: bmt-lab@mail.ru Web: www.bmt-lab.ru

Форма от 05.05.2010

ДНК: РНК: ПЛАЗМА: КЛ. МАТЕРИАЛ:
КОД ПРОБИРКИ (заполняется в лаборатории)

ВИД ОПЛАТЫ

НАПРАВЛЕНИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЕ *просьба заполнять ВСЕ графы*

ФИО пациента: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □.□. Возраст: □□

Диагноз: _____ Материал: _____

Стационар: □ СПбГМУ или _____ Отделение: _____ ФИО лечащего врача: _____

□ Материал пациента направляется впервые Leu□□ Дата приема образца: □□/□□/□□□□ Палата _____

Химеризм: Вид аллоТКМ: □ родственная □ неродственная Пол донора: □ муж □ жен Дата ТКМ: □□/□□/□□□□

Определение посттрансплантационного химеризма
□ методом анализа аллельного полиморфизма STR-маркеров (срок выполнения 3-4 рабочих дня) □ Пациент до ТКМ □ Донор
□ Количественное определение CMV (плазма периферической крови, моча, ликвор, БАЛЖ– определение количества копий ДНК ЦМВ в 1 мл
– прием материала во вторник и четверг

ПРИЕМ МАТЕРИАЛА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СТРОГО ДО 14^{00} ЕЖЕДНЕВНО, КРОМЕ ВЫХОДНЫХ!
ПРИ ДОСТАВКЕ ОБРАЗЦОВ ПОСЛЕ 14^{00} НЕОБХОДИМО ЗАРАНЕЕ СООБЩИТЬ В ЛАБОРАТОРИЮ!
Напоминаем: Определение донорского химеризма в плановом порядке проводится на День +15, +21, +28,
затем 1 раз в 2 недели до 100 дней. Далее 1 раз в месяц – до года.
Файл для расчета назначения исследования и бланк направления доступны по адресу: \\hemalab в папке «Документы» или http://www.bmt-lab.ru

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой
Лаборатория трансплантологии и молекулярной гематологии
Тел./факс: (812) 233-96-01 E-mail: bmt-lab@mail.ru Web: www.bmt-lab.ru

Форма от 05.05.2010

ДНК: РНК: ПЛАЗМА: КЛ. МАТЕРИАЛ:
КОД ПРОБИРКИ (заполняется в лаборатории)

ВИД ОПЛАТЫ

НАПРАВЛЕНИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЕ *просьба заполнять ВСЕ графы*

ФИО пациента: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □.□. Возраст: □□

Диагноз: _____ Материал: _____

Стационар: □ СПбГМУ или _____ Отделение: _____ ФИО лечащего врача: _____

□ Материал пациента направляется впервые Leu□□ Дата приема образца: □□/□□/□□□□ Палата _____

Химеризм: Вид аллоТКМ: □ родственная □ неродственная Пол донора: □ муж □ жен Дата ТКМ: □□/□□/□□□□

Определение посттрансплантационного химеризма
□ методом анализа аллельного полиморфизма STR-маркеров (срок выполнения 3-4 рабочих дня) □ Пациент до ТКМ □ Донор
□ Количественное определение CMV (плазма периферической крови, моча, ликвор, БАЛЖ– определение количества копий ДНК ЦМВ в 1 мл
– прием материала во вторник и четверг

ПРИЕМ МАТЕРИАЛА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СТРОГО ДО 14^{00} ЕЖЕДНЕВНО, КРОМЕ ВЫХОДНЫХ!
ПРИ ДОСТАВКЕ ОБРАЗЦОВ ПОСЛЕ 14^{00} НЕОБХОДИМО ЗАРАНЕЕ СООБЩИТЬ В ЛАБОРАТОРИЮ!
Напоминаем: Определение донорского химеризма в плановом порядке проводится на День +15, +21, +28,
затем 1 раз в 2 недели до 100 дней. Далее 1 раз в месяц – до года.
Файл для расчета назначения исследования и бланк направления доступны по адресу: \\hemalab в папке «Документы» или http://www.bmt-lab.ru