



## DIŞ TETKİK İSTEM FORMU

Doküman Kodu	DL.FR.006
Yayın Tarihi	11.03.2016
Revizyon Tarihi	0
Revizyon Numarası	0
Sayfa Numarası	1

HASTANIN ADI-SOYADI:	
HASTANIN DOĞUM TARİHİ:	
HASTANIN T.C. KİMLİK NO:	
STEM YAPILAN POLİKLİNİK / SERVİS/ PRT.	
STEM TARİHİ:	
HASTANIN TANISI:	

Yukarıda kimlik bilgileri ve tanısı yer alan hasta için aşağıdaki listede belirtilen tetkiklerin yapılması hususunu arz ve rica ederim.

AML PANEL (12 ANT KOR)	
	CD16/56
	CD7
	CD33
	CD34
	CD61
	CD2
	CD3
	CMPO
	CD13
	HLADR
	CD14
	CD15
	CD45
	CD117
	CL KOFOR
	CD41A
TEKLİ ANT KOR	
	T9-T (9:22)
	T8-T(8:21)
	T4-T (4:11)
	T15-T (15:17)
	INV16
	JAK2

ALL PANEL 15 ANT KOR	
	CD16/56
	CD5
	CD7
	CD10
	CD20
	CD22
	CD33
	CD34
	HLADR
	CD2
	CD3
	CD13
	CD79B
	CD14
	CTDT
	CD19
	CD1A
	CIGM
	CD45
	IGM
	CCD3

PLAZMA HÜCRELİ LÖSEM	
	CD16/56
	CD5
	CD7
	CD10
	CD20
	CD22
	CD33
	CD34
	HLADR
	CD2
	CD3
	CMPO
	CD13
	CD14
	CD15
	CD19
	CD45
	CD117
	CD79B
	CD11B
	CTDT
	GLYA

Sevk Nedeni:

Kurumlar Arası Hizmet Alım Sözleşmesi

Tıbbi Gerekçe: .....Tetkik isteyen İlgili Dal Uzmanı  
Müfettiş - Kağıt

UYGUNDUR

BAHEKİM/KAĞIT/MÜHÜR