Revmatologický ústav	**KLINICKÉ ÚDAJE k žádance o vyšetření průtokovou cytometrií**	**Datum:**

Oddělení klinické imunologie – laboratoř průtokové cytometrie

Revmatologický ústav, Nové Město, Na Slupi 450/4, 128 00 Praha 2
☎ 234 075 330, 102, 453 krystufkova@revma.cz

Pacient (příjmení, jméno, titul):	**Adresa:**			**Identifikace lékaře** (razítko, IČZ a odbornost, název zařízení, adresa, telefonní číslo, příjmení a jméno, podpis)
Číslo pojištěnce:				
Pojišťovna:	**Diagnóza:**	**Diagnóza slovy:**	**Pohlaví:**	
Dotaz:				

VYŠETŘENÍ: ☐ vstupní ☐ kontrolní

MATERIÁL: ☐ periferní krev lymfocyty ..... % ..... G/l

cytologie ..... bb/µl

TERAPIE:

Kortikoidy **p.o.** ☐	Kortikoidy **pulz** ☐	před ☐	po ☐
Cyklofosfamid **p.o.** ☐	Cyklofosfamid **pulz** ☐	před ☐	po ☐
Methotrexat ☐	Leflunomid ☐	Cyklosporin A ☐	
Azathioprin ☐	MMF ☐	Antimalarika ☐	

Anti TNF α – nyní ☐	Infliximab ☐	Golimumab ☐
– v anamnéze ☐	Etanercept ☐	Certolizumab ☐
	Adalimumab ☐	
Rituximab – nyní ☐	– první léčba ☐	– opakovaná léčba ☐
– v anamnéze ☐	cyklus:	poslední podání:
Jiné:	**Tocilizumab** ☐	**Abatacept** ☐