

臺中榮民總醫院 血液腫瘤科實驗室 免疫分型(流式細胞儀)檢驗 代檢申請單

Laboratory of Hematology/Oncology Division, Taichung Veterans General Hospital

請填寫灰底部份

病患姓名		病歷號碼	
出生日期	YYYY/MM/DD	身份證號碼	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	送檢醫院	嘉義基督教醫院
科別	血液腫瘤科	送檢醫師	醫師
就醫序號		檢體	<input type="checkbox"/> 骨髓 BM <input type="checkbox"/> 週邊血 PB
部分負擔代碼	000	採檢時間	
臨床診斷碼		送出日期	
送檢醫院聯絡人：李嫻諭		聯絡人電話：05 - 2765041ext 5219	

免 疫 分 型 (流 式 細 胞 儀) 檢 驗

注意事項：

1. 檢體容器：紫頭管
2. 每大項所需檢體量
週邊血：10mL (大紫頭管 1 管或小紫頭管 3 管)
3. 檢體送達實驗室時間
週邊血：採檢後 24 小時內
4. 收檢時間
工作日：08:00-16:00
例假日前一日：中午 12:00 止
5. 檢體運送條件：室溫

紅血球疾病【PNH：疑似個案；或追蹤個案】

品項	英文名稱	中文名稱	健保碼	健保點數
<input type="checkbox"/>	Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria (PNH)	陣發性夜間血色素尿	12075B	2000
<input type="checkbox"/>	Hereditary Spherocytosis	遺傳性球型紅血球	12076B	1000

※ 需檢附 CBC/DC 資料。

※ 報告所需工作日：收檢後 14 個工作日。

急性白血病【疑似或新診斷個案】

品項	英文名稱	中文名稱	健保碼	健保點數
<input type="checkbox"/>	Acute Leukemia Screen	急性白血病篩檢	12075B	2000

※ 需檢附 CBC/DC 資料；若有骨髓抹片檢體，請檢附空白片兩片或已染色抹片一片。

※ 報告所需工作日：收檢後 21 個工作日。

負責醫檢師：李曉微、劉子瑄

Word 2003 Version: 2019/02/08

連絡電話：04-23592525-3181, 3183, 3179

E-mail: hema@vghtc.gov.tw

Immunophenotyping-1