

# 秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院

## 精準基因暨細胞中心 代檢申請單

### 流式細胞儀細胞檢測

患者姓名:

性別: 男 女

出生年月日:

(請填寫民國年份)

病歷號		身分證字號		檢體類別 <input type="checkbox"/> 骨髓(BM) <input type="checkbox"/> 週邊血(PB)	
送檢醫院	嘉義基督教醫院	送檢醫師			
採檢時間		聯絡人	李媿諭	聯絡電話	05-2765041#5219/5213
臨床診斷					

請完整填寫全部欄位

※請勾選「疑似/新診斷」或「治療追蹤」項目

疑似/新診斷個案；治療追蹤；其他需求(請說明):

檢驗項目	健保碼	健保點數
白血病/淋巴瘤細胞免疫分型	12206	8000

※ 注意事項：

1. 收檢時間：星期一至星期四 08:30-17:00，例假日前一日及例假日均不收檢。
2. 週邊血或骨髓檢體需於採檢後 24 小時內連同本代檢申請單，以室溫傳送方式傳送至本單位。  
(地址:彰化縣鹿港鎮鹿工路 6 號/電話: 04-7813888 #73635/72681。負責人: 林沛興 副組長)
3. 請檢附病患距離送檢日最近一次CBC/DC報告，並依照檢體類別檢附已染色抹片一片。
4. 細胞標記詳細類別請參考「附件一、彰濱秀傳精準基因暨細胞中心白血病/淋巴瘤細胞免疫分型染色套組」。