

## فرم ثبت اطلاعات فلوسایتومتری

نام و نام خانوادگی : ..... جنسیت : زن  مرد  تاریخ : ...../...../.....  
شماره پذیرش : .....

تاریخ دقیق نمونه‌گیری : ...../...../..... مدت زمان ابتلا به بیماری : .....  
نام داروی مصرفی: ..... مدت زمان مصرف : .....  
بیماری زمینه‌ای : دارد  ندارد  توضیحات : .....  
خلاصه‌ای از علائم عمومی فرد در یک ماه اخیر (آیا علائم خاصی پیدا کرده‌اند و حال عمومی‌شان رو به بهبودی رفته است یا خیر؟)

.....  
.....

### CD Marker & DHR

CBC ضمیمه شده است : بله  خیر   
درصد و تعداد سلول‌های خونی : لنفوسیت .....% مونوسیت .....% گرانولوسیت .....% نوتروفیل .....%  
نوتروفیل .....% بازوفیل .....% ائوزینوفیل .....%

### APCA

تعداد فرزند : ..... تعداد بارداری : ..... تعداد سقط : ..... گروه خونی : .....  
آیا بیمار سابقه لنفوتراپی یا ایمونوتراپی داشته است ؟ بله  خیر  زمان انجام : ...../...../.....

### CD 41,42,61

نوع اختلال خونریزی دهنده یا لخته شونده : .....  
نوع خونریزی : زیرپوستی  زیر جلدی  دهان و بینی   
سابقه خانوادگی : فامیل پدری  فامیل مادری