

## Auftragsblatt für Durchflusszytometrische-Analyse

**Absender Klinik:**

**Datum:**

**Kontakt Name:**

**Kontakt Tel:**

**Adresse:**

**Mail Adresse:**

Empfänger : SIAF, Fr. Rückert, Herrman-Burchard-Strasse 9, 7265 Davos Wolfgang  
 Tel: 081 410 08 48, Mail: [rueckert@siaf.uzh.ch](mailto:rueckert@siaf.uzh.ch)

**Patientenidentifikation**

(möglichst Aufkleber)

Name :  
 Geb.-Datum:

**Diagnose/seit:** /

Steroide syst/inhal. /  
 FEV1/IVC (% v. Soll) /  
 Raucher: ja / nein  
 PO2: mm Hg

**Untersuchungsmaterial**

	Menge/ml		Menge/ml
Serum	<input type="radio"/>	EDTA-Blut	<input type="radio"/>
BAL	<input type="radio"/>	Li-Heparin Blut	<input type="radio"/>
Sputum	<input type="radio"/>	Erstuntersuchung:	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	Voruntersuchung	<input type="radio"/> am:

**Klinische Fragestellung/Studie:**

**Geforderte Laboruntersuchung**

Blut

**Diff-BB**   
**Leukocyten Bestimmung**   
**Immunstatus**

beinhaltet:  
 CD3  
 CD4  
 CD8  
 CD14  
 CD16  
 CD19  
 und deren Aktivierungsmarker.

BAL

**Diff-BAL**   
**Leukocyten Bestimmung**   
**Immunstatus**

beinhaltet:  
 CD3  
 CD4  
 CD8  
 CD16  
 CD19  
 und deren Aktivierungsmarker.

Die Zahl der Leukozyten sowie deren Differenzierung wird automatisch vorgenommen, falls von der Klinik keine Information vorliegt

Stempel und Unterschrift des Arztes