

# Bone Marrow Leukemia/Lymphoma Immunophenotyping Study

## 검사 의뢰 Information Sheet

병원명:	의뢰과:
환자명:	나이/성별: /
골수판독 담당의사 성명:	(연락처 사무실/핸드폰: / )

1. 골수 채취 일시:       년       월       일 오전/오후       시

2. CBC Hb :       g/dL

WBC :       /μL

Differential count: Blast       %, Neoplastic lymphocyte       %, Others:       %

Neutrophil       %, Lymphocyte       %, Monocyte       %, Eosinophil: 0%, Basophil:       %,

Platelet:       x10<sup>3</sup>/μL

3. PB smear findings:

4. P/E: Lymphadenopathy (       ), Splenomegaly (       ), Hepatomegaly (       ), Skin lesion (       )

Others (       )(specify:       )

5. 임상소견 또는 말초혈액 소견으로 의심되는 질환명

R/O Acute Myeloid leukemia

R/O Acute Lymphoblastic leukemia

R/O CLL

R/O Leukemic manifestation of Lymphoma (조직 림프종 진단명:       )

Others:

---

서울아산병원 진단검사의학과 진단혈액 유세포검사실(Tel: 02-3010-4479)

서울아산병원 진단검사의학과 진단혈액 골수판독실 (Tel: 02-3010-4459)