

PRACOWNIA IMMUNOPATOLOGII i GENETYKI

Klinika Pediatrii, Onkologii, Hematologii

CSK UM w Łodzi

tel/faks. +42 61 77 772

Nazwa Kliniki Zlecającej, numer fax

Skierowanie na oznaczenie aktywności L-asparaginazy (ASP)

Nazwisko i imię: _____

Data urodzenia lub PESEL: _____

Rozpoznanie: _____ Data pobrania próbki _____

Protokół terapeutyczny:

AIEOP-BFM ALL2017**EURO-LB 2002****EsPhALL**

Protokół I doba protokołu ____	Protokół I doba protokołu ____	Protokół I doba protokołu ____
Protokół Ib doba protokołu ____	Protokół II doba protokołu ____	HR1 (1) doba ____ HR1 (2) doba ____
Protokół II doba protokołu ____	IntReALL	HR2 (1) doba ____ HR2 (2) doba ____
HR1 (1) doba ____ HR1 (2) doba ____	cykl ____ doba cyklu ____	HR3 (1) doba ____ HR3 (2) doba ____
HR2 (1) doba ____ HR2 (2) doba ____	Interfant	Protokół II (1) doba protokołu ____
HR3 (1) doba ____ HR3 (2) doba ____	cykl ____ doba cyklu ____	Protokół II (2) doba protokołu ____

Prosimy o zakreślenie właściwego protokołu i wpisanie doby programu

Podany preparat asparaginazy _____

Alergia na asparaginazę Tak Nie

Data wystąpienia alergii (prosimy podać tylko w dniu wystąpienia) _____

Osoba do kontaktu _____

Interpretacja wyniku:

Aktywność L-asparaginazy U/I w badanej próbce wynosi _____