



## Biobank Gezonde Vrijwilligers

### LAB formulier

Formulier sturen naar Trialbureau Hematologie, Afdeling Hematologie F2-224 or faxen naar +31(0)848838087 of mailen naar [hemat.trial@amc.nl](mailto:hemat.trial@amc.nl) tel +31(0)205669111 sein 59255

#### Proefpersoonsgegevens:

Registratienummer: BGV.....  
.....

Geslacht: man/vrouw

Geboortedatum: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Datum Informed consent: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

#### Diagnose

Maligniteit in voorgeschiedenis?  ja  nee

(m.u.v. huidtumoren niet behorend tot de melanomen)

Auto-immuunziekte in voorgeschiedenis?  ja  nee

Behandeling met immunosuppressieve medicatie in de afgelopen 3 jaar? (bijvoorbeeld:  ja  nee

prednison, methotrexaat, mycofenolaat mofetil (Cellcept®), ciclosporine (Neoral®)

Formulier volledig invullen

Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Handtekening: .....



## Biobank Gezonde Vrijwilligers

### LAB formulier

Formulier sturen naar Trialbureau Hematologie, Afdeling Hematologie F2-224 or faxen naar +31(0)848838087 of mailen naar [hemat.trial@amc.nl](mailto:hemat.trial@amc.nl) tel +31(0)205669111 sein 59255

#### Immunofenotypering perifeer bloed (in te vullen door analist(e) AMC)

Datum invriezen materiaal: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Aantal ampullen cellen

Cellen per ampul (\*10<sup>6</sup>)

Aantal ampullen serum

Aantal ampullen plasma

CD19<sup>+</sup> (%)

CD3<sup>+</sup> (%)

CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup> (%)

CD5<sup>+</sup>/CD19<sup>+</sup>(%)

CD3<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup> (%)

CD3<sup>+</sup>/γδ-TCR<sup>+</sup>(%)

Ingevuld door (Handtekening): .....

Formulier volledig invullen

Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Handtekening: .....