

JEDNOSTKA KIERUJĄCA:

Data
Godz pobrania
Podpis pobierającego:
.....
.....

**SKIEROWANIE DO PRACOWNI CYTOGENETYKI I CYTOLOGII
NA BADANIE CYTOGENETYCZNE**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PLEĆ: K / M

UR.: KONTAKT:

OPIEKUN USTAWOWY (jeśli dotyczy)

MIEJSCE ZAMIESZKANIA/ODDZIAŁ SZPITALNY:

ROZPOZNANIE KLINICZNE ICD-10

CEL BADANIA*:

- BADANIE WSTĘPNE Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ
 BADANIE MONITORUJĄCE Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ
 OCENA CHIMERYZMU POPRZESZCZEPOWEGO METODĄ FISH

MATERIAŁ: KREW OBWODOWA SZPIK KOSTNY INNY.....

BADANIE: PIERWSZE KOLEJNE

CZY PACJENT BYŁ LECZONY: TAK NIE

STOSOWANE LECZENIE:.....

ZLECENIE:

**PRZEWLEKŁE ZESPOŁY
MIELOPROLIFERACYJNE**

KARIOTYP

FISH

**PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA
LIMFOCYTOWA:**

FISH

OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA

KARIOTYP

FISH

**OSTRA BIAŁACZKA
LIMFOBLASTYCZNA**

KARIOTYP

FISH

SZPICZAK PLAZMOCYTOWY

FISH

ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

KARIOTYP

FISH

ROZROSTY UKŁADU CHŁONNEGO

KARIOTYP

FISH

UWAGI:.....

.....

.....
PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA