

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Rzeszowie

JEDNOSTKA KIERUJĄCA:

--

Data :

Godz pobrania

Podpis pobierającego:

.....

SKIEROWANIE DO PRACOWNI CYTOGENETYKI I CYTOLOGII NA BADANIE MIELOGRAMU

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL:

ROZPOZNANIE KLINICZNE/PODEJRZENIE

.....

BADANIE: PIERWSZE KOLEJNE SYDEROBLASTY
PIERŚCIENIOWATE

CZY PACJENT BYŁ LECZONY: TAK NIE

STOSOWANE LECZENIE:.....

WSKAZANIA DO BADANIA/ISTOTNY WYWIAD:.....

.....

.....

.....

.....

OBJAWY OGÓLNE:

OSŁABIENIE:	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE	GORĄCZKA	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE
UTRATA WAGI	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE	POTY NOCNE	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE
ZMIANY SKÓRNE	<input type="checkbox"/> TAK(jakie?)...../ <input type="checkbox"/> NIE		

INNE.....

POWIĘKSZONE WĘZŁY CHŁONNE:	POWIĘKSZONA ŚLEDZIONA:	POWIĘKSZONA WĄTROBA:
----------------------------	------------------------	----------------------

MORFOLOGIA:

WBC:	HGB:	HCT:
RBC:	PLT:	MCV:
NEUTRO. (%):	MONO. (%):	LIMFO. (%):
EOS. (%)	BASO. (%)	INNE (%):

POZOSTAŁE ISTOTNE BADANIA LABORATORYJNE:

LDH:	B ₁₂ :	KW. FOLIOWY:	CRP:
D-D:	INR:	PT:	FERRYTYNA:
APTT:	BIAŁKO:	OB.:	Fe:
INNE.....			

.....
PODPIS I PIECZĄTKA LEKARZA