

Skierowanie na badanie IMMUNOFENOTYPOWE

do Pracowni Cytometrii Przepływowej Kliniki Hematologii USK
ul. Szopena 2, 30-055 Rzeszów, tel: +48 17 8666134, fax: +48 17 8666608

limfoproliferacje / ostra białaczka / subpopulacje limfocytów / inne

data: _____ Jednostka kierująca _____

Badanie krwi obwodowej / **Badanie szpiku kostnego**

imię i nazwisko Pacjenta:		Pesel:			
wskazania do immunofenotypu:					
dotychczasowe rozpoznanie/podejrzenie:					
istotny wywiad:					
objawy ogólne: osłabienie: <input type="checkbox"/> tak/ <input type="checkbox"/> nie utrata wagi: <input type="checkbox"/> tak/ <input type="checkbox"/> nie gorączka: <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	śledziona	wątroba	zmiany innych narządów		
Dotychczasowe leczenie (zwłaszcza sterydy, cytokiny (jak Neupogen) , chemioterapeutyki, leki immunosupresyjne i przeciwpadaczkowe)					
Poprzednie badania immunofenotypowe: <input type="checkbox"/> tak/ <input type="checkbox"/> nie					
<u>krew:</u> WBC=	HGB=	HCT=	RBC=	PLT=	MCV=
obr. ods. krwi: pał.=	segm.=	mono.=	limf.=	eos =	bas=, inne:
LDH =					
Inne istotne badania laboratoryjne (zwłaszcza dostrzeżone odchylenia od normy w ocenie cytologicznej krwi i szpiku, trepanobiopsja, cytogenetyka itp)					

Lekarz kierujący:

tel. kontaktowy: