

**SKIEROWANIE DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO TREPANOBIOPTATU SZPIKU KOSTNEGO**

Nazwisko i imię Pacjenta: .....PESEL.....Lat: .....  
 Adres.....

Diagnoza:

Wskazania do trepanobiopsji:

Do ustalenia

Poprzednie trepanobiopsje: tak:  nr-y lub daty..... Nie:

Inne wcześniejsze badania histologiczne:  tak: nr-y lub daty.....Nie:

**DANE KLINICZNE:**

Węzły chłonne:

Śledziona:

Wątroba:

Przebyte leczenie (w szczególności cytotostatyki, sterydy i limfokiny):

Schorzenia współistniejące:

Inne istotne dane (wywiad):

**BADANIA LABORATORYJNE:**

Krew obwodowa: Hb =..... Hct =..... E =..... MCV =..... Leu..... Limf..... .PLT =.....  
 Obraz odsetkowy:

Cytometria przepływowa:      wykonana                                      nie wykonana                                       w toku

Badania cytogenetyczne/molekularne:

Istotne znaleziska w rozmazie szpiku kostnego:

FAG=

Białko monoklonalne (poziom/klasa):

Inne:

Załączony rozmaz szpiku kostnego

Załączony rozmaz krwi obwodowej

.....  
 Hematolog odpowiedzialny za przebieg leczenia

.....  
 Podpis i pieczęć kierującego

Prosimy o zaznaczenie jednego z poniższych oświadczeń:

\* 1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem są usługami w zakresie opieki medycznej, służącymi profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz usługami ściśle z tymi usługami związanymi, w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług i jako takie są zwolnione od podatku VAT.

\* 2. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem wymagają opodatkowania podatkiem VAT, w szczególności zalecane są w innych celach niż wymienione w pkt.1.