

--

OŚRODEK ZLECAJĄCY / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA:

GODZ. POBRANIA :

POBIERAJĄCY:

NUMER OŚR. KOSZTÓW:

SKIEROWANIE NA BADANIE

Zakład Diagnostyki Hematologicznej, Pracownia Badań Hematologicznych
ul. Kopernika 17, 31-501 Kraków, tel. 12 424 76 24

NAZWISKO i IMIĘ :

PŁEĆ : K M

PESEL:																				
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA URODZENIA:

ADRES ZAMIESZKANIA:

ROZPOZNANIE:

- MORFOLOGIA (DIFF)
- MORFOLOGIA (DIFF + RET)
- MORFOLOGIA (DIFF + RET+PLT-F)
- MORFOLOGIA (DIFF + RET+PLT-F+HPC)
- PŁYTKI KRWI-CYTRYNIAN
- PŁYTKI KRWI-SIARCZAN MAGNEZU
- LEUKOGRAM-OCENA MIKROSKOPOWA
- ERYTROGRAM-OCENA MIKROSKOPOWA
- OCENA TROMBOCYTÓW
- ŻYWOTNOŚĆ
- OCENA CYTOLOGICZNA SZPIKU KOSTNEGO- MIELOGRAM
- FAG
- Badanie cytochemiczne POX
- SYDEROBLASTY
- OPORNOŚĆ OSMOTYCZNA ERYTROCYTÓW
- IZOLACJA KOMÓREK JEDNOJĄDRZASTYCH
- PRZECIWCIAŁA P/PŁYTKOWE

MATERIAŁ : krew obwodowa aspirat szpiku kostnego materiał przeszczepowy
 materiał po separacji komórek hematopoetycznych inny.....

WYPEŁNIA LABORATORIUM:

Data przyjęcia materiału.....

Godzina przyjęcia materiału.....

.....
PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA