



JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA : .....

GODZINA POBRANIA: .....

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ: .....

### Skierowanie na badanie immunofenotypowe

Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki,  
Pracownia Cytometrii Przepływowej  
ul. Kopernika 17, 31-501 Kraków; tel. 12 424 76 25

Imię i nazwisko pacjenta: ..... Płeć: K / M

Adres zamieszkania: .....

.....

PESEL: .....

Data urodzenia: .....

**MATERIAŁ:** krew obwodowa, aspirat szpiku kostnego, płyn mózgowo-rdzeniowy, biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych, inny .....

Leukocytoza w dniu pobrania ( WBC).....

Rozpoznanie: (wstępne / data rozpoznania; etap choroby / leczenia) :

**CEL BADANIA:**

- diagnostyczny
- monitorowanie efektów terapii
- ocena choroby resztkowej
- ocena progresji choroby
- wznowa
- inny .....

.....  
 Podpis i pieczęć lekarza zlecającego

WYPEŁNIA LABORATORIUM:

Data przyjęcia materiału: .....

Godzina przyjęcia materiału: .....