


Ośrodek kierujący:		Zlecenie Badania HISTOPATOLOGICZNEGO TREPANOBIOPTATU SZPIKU KOSTNEGO do Zakładu Patomorfologii NSSU ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków					
		 SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE					
Nazwisko.....		Imię Pacjenta.....					
PESEL.....		Wiek.....		Płeć M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>			
Adres.....							
Diagnoza							
Wskazania do trepanobiopsji						Do ustalenia	
Poprzednie trepanobiopsje:		TAK		Numery lub daty		NIE	
Inne wcześniejsze badania histologiczne:		TAK		Numery lub daty		NIE	
DANE KLINICZNE							
Węzły chłonne							
Śledziona				Wątroba			
przebyte leczenie (w szczególności cytostatyki, 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:							
Data i godz. pobrania materiału (zabiegu).....						Lekarz kierujący	
Data i godz. utrwalenia materiału							
Data wystawienia skierowania							
Utrwalono w: formalina		Inne:					
Prosimy o zaznaczenie jednego z poniższych oświadczeń:							
<input type="checkbox"/> 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.							
<input type="checkbox"/> 2. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem wymagają opodatkowania podatkiem VAT, w szczególności zalecane są w innych celach niż wymienione w pkt.1.							