

Pieczęć jednostki zlecającej

Data

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 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.....
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

