

Ośrodek kierujący:

Zlecenie Badania HISTOPATOLOGICZNEGO
 TREPANOBIOPTATU SZPIKU KOSTNEGO
 do
 Zakładu Patomorfologii NSSU
 ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków



Nazwisko	Imię Pacjenta		
PESEL	Wiek	Płeć	M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>

Adres

Diagnoza

Wskazania do trepanobiopsji	Do ustalenia
-----------------------------	--------------

Poprzednie trepanobiopsje:	TAK <input type="checkbox"/>	Numery lub daty	NIE <input type="checkbox"/>
Inne wcześniejsze badania histologiczne:	TAK <input type="checkbox"/>	Numery lub daty	NIE <input type="checkbox"/>

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 przepływową	wykonana <input type="checkbox"/>	nie wykonana <input type="checkbox"/>	w toku <input type="checkbox"/>
---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

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	
Rodzaj utrwalacza	
Data wystawienia skierowania	

Wyrażam zgodę na wykonanie dodatkowych, niezbędnych badań TAK do kwoty..... NIE

Zgodnie z § 5 ust. 1 i 2 Umowy w przypadku udzielenia świadczeń wykraczających poza zakres umowy, ale niezbędnych dla prawidłowego wykonania świadczeń zdrowotnych Szpitalowi Uniwersyteckiemu przysługuje wynagrodzenie według cen określonych w Regulaminie Organizacyjnym, chyba że zaznaczono powyżej, że nie wyraża się zgody na wykonanie dodatkowych badań. Brak zgody oznacza przyjęcie do wiadomości, że rozpoznanie patomorfologiczne może nie być zupełne, jak również zobowiązanie się do nie dochodzenia żadnych roszczeń wynikających z powyższego faktu.

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.
--------------------------	---