

..... Pieczętka jednostki kierującej/ miejsce przesłania wyniku badania	<b>SKIEROWANIE DO PRACOWNI CYTOGENETYKI</b> LABORATORIUM DIAGNOSTYKI HEMATOLOGICZNEJ <b><u>BADANIE GTG</u></b>
---	--

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PŁEĆ

 K M

<b>ROZPOZNANIE KLINICZNE</b>			
<b>MATERIAŁ*</b>	<input type="checkbox"/> krew <input type="checkbox"/> szpik	<b>ICD-10</b>	
	<input type="checkbox"/> materiał z biopsji węzła chłonnego	<b>Leukocytoza/liczba blastów/ % plazmocytów w zależności od rozpoznania</b>	
<b>Czy pacjent był leczony?*</b> <b>Stosowane leki</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE .....	<b>Czy wykonano przeszczep komórek krwiotwórczych?*</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Czy wykonano transfuzję w ostatnich 2 miesiącach?*</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<b>Potwierdzenie histopatologiczne*</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Sposób kontaktu z pacjentem*</b>	<input type="checkbox"/> przez lekarza prowadzącego jeśli inny proszę podać .....	..... Data	..... Podpis i pieczętka lekarza

\*zaznaczyć właściwe

<b>WYPEŁNIA OSOBA POBIERAJĄCA</b>	
<b>POBRANIE MATERIAŁU DO BADANIA</b>	
Data.....	Godzina.....
POBRAŁ.....	PODPIS.....

<b>WYPEŁNIA LABORATORIUM</b>
Uwagi: ..... materiał pobrany prawidłowo/ nieprawidłowo
Data ..... Godzina .....
PODPIS.....