Uniwersytecki Szpital Kliniczny	F-SZ.LAB 2-23	Wydanie 2/2026-02-23

Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej

Katedra i Klinika Hematologii Transplantacji i Terapii Komórkowej
ul. Szamarzewskiego 84, Poznań 60-569
tel.: (61) 854-95-99, e-mail: rejestracjaldh@usk.poznan.pl

SKIEROWANIE DO PRACOWNI HEMATOLOGII

Jednostka kierująca	**Imię**……..
	Nazwisko……
	PESEL …….. **/ Data urodzenia**…….
	Płeć □ **M** □ **K** **Pochodzenie etniczne** ……..
	TRYB BADANIA: STANDARD □ CITO □

W przypadku BRAKU nr PESEL podać: nazwa, nr i seria dokumentu tożsamości

Rozpoznanie kliniczne **ICD-10**

Materiał □ krew obwodowa EDTA □ szpik EDTA □ inny	**Czy wykonano przeszczep komórek krwiotwórczych?** □ TAK Data: □ NIE Płeć dawcy: □ M □ K
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do odbioru wyniku	
Kontakt z lekarzem (e-mail / tel.)	Data…….. Podpis i pieczątka lekarza
Data i godzina pobrania materiału	Podpis osoby pobierającej

Data i godzina przyjęcia materiału do laboratorium

Do skierowania dołączono:

❑ aktualny wynik badania morfologicznego krwi

❑ niezabarwione preparaty krwi obwodowej/szpiku w ilości (w przypadku rozmów szpiku do oceny syderoblastów w ilości 3 preparatów): ……

ZLECONE BADANIA:

❑ Wykonanie rozmazu z krwi obwodowej wraz z barwieniem MGG

❑ Wykonanie rozmazu z szpiku wraz z barwieniem MGG

❑ Wykonanie rozmazu z …….. wraz z barwieniem MGG

❑ Wykonanie rozmazów szpiku wraz z barwieniem metodą Perlsa oraz ocena mikroskopowa syderoblastów