


FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO GRUPY TeMaT

DANE KONTAKTOWE

Imię i nazwisko lekarza zlecającego	Jednostka kierująca
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Inicjały Pacjenta	

BADANIA LABORATORYJNE

(w puste pole obok nazwy proszę wpisać wartość wyniku badania z jednostką, w przypadku braku wykonania badania - proszę o pozostawienie pustego pola)

<p>Małopłytkowość</p> <p>Płytki krwi - poziom wyjściowy</p> <p>Płytki krwi - najniższy poziom</p> <p>Płytki krwi (pobrane na heparynę lub cytrynian)</p> <p>Anemia hemolityczna nieimmunologiczna</p> <p>Czerwone krwinki (RBC)</p> <p>Hemoglobina (Hb)</p> <p>Hematokryt (Ht)</p> <p>Średnia objętość RBC (MCV)</p> <p>Fragmentocyty (FRC)</p> <p>Schistocyty</p> <p>Haptoglobina</p> <p>Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)</p> <p>Bilirubina bezpośrednia</p> <p>Odczyn Coombsa (BTA)</p>	<p>Kliniczna ocena uszkodzenia narządowego</p> <p>OBJAWY NEUROLOGICZNE <input type="checkbox"/></p> <p>Splątanie, ból głowy, drgawki, przejściowe ogniskowe zaburzenia neurologiczne, afazja, diplopia, osłabienie lub drętwienie kończyn, udar, zespół PRES, wgłobienia OUN, obrzęk mózgu</p> <p>ZABURZENIA CZYNNOŚCI NEREK <input type="checkbox"/></p> <p>Ostre uszkodzenie nerek, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, nieprawidłowy wynik badania ogólnego moczu</p> <p>ZABURZENIA PRZEWODU POKARMOWEGO <input type="checkbox"/></p> <p>Biegunka niezależnie od domieszki krwi, nudności, wymioty, ból brzucha, niezżyt żołądkowy, zapalenie trzustki</p> <p>ZABURZENIA KARDIOLOGICZNE <input type="checkbox"/></p> <p>Zawał serca, nadciśnienie tętnicze, stenoza aortalna, niewydolność serca, arytmia, nagły zgon sercowy</p> <p>OBJAWY PŁUCNE <input type="checkbox"/></p> <p>Duszność, krwotok płucny, obrzęk płuc, niewydolność oddechowa</p> <p>ZABURZENIA NARZĄDU WZROKU <input type="checkbox"/></p> <p>Ból oka, okluzja naczyń, krwotok oczny, retinopatia</p>
---	---

HISTORIA CHOROBY, CHOROBY PRZEWLEKŁE, ZABIEGI OPERACYJNE ORAZ STOSOWANE LEKI