



JEDNOSTKA ZLECAJĄCA / ODBIORCA WYNIKU

DATA POBRANIA :

GODZINA POBRANIA:

PODPIS OSOBY POBIERAJĄCEJ:

Skierowanie na badanie immunofenotypowe

Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Zakład Diagnostyki Hematologicznej i Genetyki,
Pracownia Cytometrii Przepływowej
ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków; tel. 12 400 36 81, 12 400 36 82

Imię i nazwisko pacjenta: Płeć: K / M

Adres zamieszkania:

.....

PESEL: Data urodzenia:

MATERIAŁ: krew obwodowa, aspirat szpiku kostnego, płyn mózgowo-rdzeniowy, biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych, inny

Leukocytoza w dniu pobrania (WBC).....

Rozpoznanie: (wstępne / data rozpoznania; etap choroby / leczenia) :

CEL BADANIA:

- diagnostyczny
- monitorowanie efektów terapii
- ocena choroby resztkowej
- ocena progresji choroby
- wznowa
- inny

.....
 Podpis i pieczęć lekarza zlecającego

WYPEŁNIA LABORATORIUM:

Data przyjęcia materiału:

Godzina przyjęcia materiału: