

**Skierowanie na badania do**  
**Pracowni Immunofenotypowania Zakładu Diagnostyki Hematologicznej IHIT**  
**02-776 Warszawa, ul. Indiry Gandhi 14**  
Tel: 022 3496-166 [Kierownik], 022 3496-164, 022 3496-167, Fax 022 3496-455  
cytometr@ihit.waw.pl

**Imię i nazwisko pacjenta**.....

**PESEL**

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

**Oddział / poradnia**.....

(pieczęć jednostki kierującej)

**Rozpoznanie** .....

**Data pobrania materiału** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **godzina** \_\_/\_\_

<b>Rodzaj materiału:</b>	<input type="checkbox"/> <b>krew na EDTA (2 ml)</b>	<input type="checkbox"/> <b>płyn z opłucnej</b>
	<input type="checkbox"/> <b>płyn mózgowo-rdzeniowy</b>	<input type="checkbox"/> <b>płyn z otrzewnej</b>
	<input type="checkbox"/> <b>aspirat szpiku</b>	<input type="checkbox"/> <b>BAL</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Data otrzymania materiału:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **godzina** \_\_/\_\_

**Badanie:** pierwsze , kolejne

**Cel badania:** ustalenie rozpoznania , kontrola po leczeniu , choroba resztkowa ,  
liczba komórek CD34+ , ocena subpopulacji limfocytów T CD4/CD8 , B , NK

Limfadenopatia: nie , tak ;

Zmiany skórne: nie , tak ,

Splenomegalia: nie , tak ;

Hepatomegalia: nie , tak ,

Inne istotne nieprawidłowości w badaniu klinicznym: .....

**Dotychczasowe leczenie:**

Chemioterapia: nie , tak , jaka?: .....

Radioterapia: nie , tak , Immunoterapia: nie , tak ,

Morfologia: RBC ..... T/l, HGB ..... g%, PLT ..... G/l, WBC ..... G/l,

rozmaz: w normie ; nie - obecne są komórki patologiczne , jakie, ile?: .....

Pacjent wyraził zgodę na przesłanie wyniku na numer FAX lub e-mail Kliniki/Oddziału

nie , tak

.....  
Pieczęć i podpis  
lekarza kierującego tel/faX

.....  
Czytelny podpis  
osoby pobierającej materiał

.....  
Pieczęć i podpis  
Głównego Księgowego