

Data

**Akademicki Ośrodek Diagnostyki Patomorfologicznej
i Genetyczno-Molekularnej**
15-269 Białystok
ul. Waszyngtona 13
tel./fax +48 (085) 748 59 31, 748 59 93, 748 59 10

SKIEROWANIE DO BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO TREPANOBIOPTATU SZPIKU KOSTNEGO

Nazwisko i imię Pacjenta: PESEL..... Lat:
Adres.....

Diagnoza:

Wskazania do trepanobiopsji:

Do ustalenia Poprzednie trepanobiopsje: tak: nr-y lub daty..... Nie: Inne wcześniejsze badania histologiczne: tak: nr-y lub daty..... Nie: **DANE KLINICZNE:**

Węzły chłonne:

Śledziona:

Wątroba:

Przebyte leczenie (w szczególności cytostatyki, sterydy i limfokiny):

Schorzenia współistniejące:

Inne istotne dane (wywiad):

BADANIA LABORATORYJNE:

Krew obwodowa: Hb =..... Hct =..... E =..... MCV =..... Leu..... Limf..... PLT =.....

Obraz odsetkowy:

Cytometria przepływowa: wykonana nie wykonana w toku

Badania cytogenetyczne/molekularne:

Istotne znaleziska w rozmazie szpiku kostnego:

FAG= Białko monoklonalne (poziom/klasa):

Inne:

Załączony rozmaz szpiku kostnego Załączony rozmaz krwi obwodowej