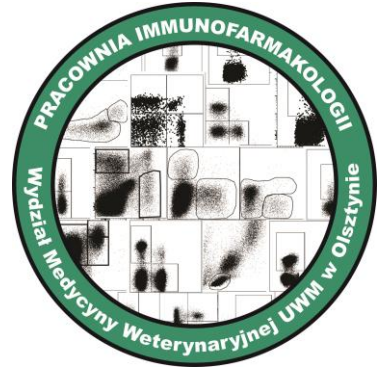


# SKIEROWANIE NA BADANIE IMMUNOFENOTYPOWE

Katedra Farmakologii i Toksykologii,  
Wydział Medycyny Weterynaryjnej, UWM w Olsztynie,  
ul. M. Oczapowskiego 13, 10-719 Olsztyn,  
tel.: 89 524 61 45 lub 89 523 37 58,  
e-mail: tomasz.maslanka@uwm.edu.pl



Osoby do kontaktu: prof. dr hab. Tomasz Maślanka i mgr Paulina Markowska-Buńka

PIECZĘĆ ZAKŁADU LECZNICZEGO PRZESYŁAJĄCEGO MATERIAŁ	PIECZĘĆ LEKARZA KIERUJĄCEGO oraz NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO
NIP	ADRES e-mail
Wyniki wysłać: e-mailowo <input type="checkbox"/> pocztą (dodatkowa opłata) <input type="checkbox"/>	Data (dd.mm.rrrr) pobrania materiału .....
MATERIAŁ do BADANIA (proszę wstawić znak X przy odpowiedniej pozycji)	
Biopłat nr 1 z węzła chłonnego w medium transportowym <input type="checkbox"/>	Biopłat nr 2 z węzła chłonnego w medium transportowym (dotyczy sytuacji, kiedy do badania wysyłane są dwa biopłaty z dwóch różnych węzłów chłonnych) <input type="checkbox"/>
Węzeł chłonny.....	Węzeł chłonny.....
Krew obwodowa <input type="checkbox"/>	Szpic kostny <input type="checkbox"/>
Liczba leukocytów we krwi obwodowej:...../μl	Liczba limfocytów we krwi obwodowej:...../μl
WYBRANY PANEL ZNAKOWAŃ (proszę wstawić znak X przy odpowiedniej pozycji)	
Diagnostyka chłoniaków	
Panel podstawowy (CD3/CD21/CD79a/CD45/CD34) <input type="checkbox"/>	Panel szeroki (CD3/CD4/CD8/CD21/CD79a/CD45/CD34) <input type="checkbox"/>
Diagnostyka białaczek	
Diagnostyka białaczek limfoidalnych: Panel podstawowy (CD3/CD21/CD79a/CD34) <input type="checkbox"/> Panel Szeroki (CD3/CD4/CD8/CD21/CD79a/CD34) <input type="checkbox"/>	Diagnostyka innych białaczek: Diagnostyka ostrej białaczki szpikowej <input type="checkbox"/> Diagnostyka ostrej białaczki niezróżnicowanej <input type="checkbox"/>
WŁAŚCICIEL PACJENTA	
Imię.....	Nazwisko.....
Ulica, nr domu/lokalu.....Miejscowość, kod:.....	
OPIS PACJENTA	
Gatunek: Pies <input type="checkbox"/> Rasa:.....Imię psa.....	
Płeć: ♂ <input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> Wiek:.....	

CEL BADANIA (proszę wstawić znak X przy odpowiedniej pozycji)					
<b>Diagnostyczny</b> <input type="checkbox"/> Proszę podać podejrzenie kliniczne:	<b>Monitorowanie efektów terapii choroby</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ocena progresji choroby</b> <input type="checkbox"/>	<b>Wznowa choroby</b> <input type="checkbox"/>		
	<b>Proszę podać rozpoznanie:</b>				
<b>OBJAWY OGÓLNE (proszę wstawić znak X, jeśli dany objaw został stwierdzony)</b>					
<b>Oslabienie</b> <input type="checkbox"/>	<b>Wychudzenie/ utrata masy ciała</b> <input type="checkbox"/>	<b>Gorączka</b> <input type="checkbox"/>	<b>Duszność</b> <input type="checkbox"/>	<b>Wybroczyny</b> <input type="checkbox"/>	<b>Wymioty i/lub biegunki</b> <input type="checkbox"/>
<b>Powiększenie węzłów chłonnych</b> <input type="checkbox"/>	<b>Powiększenie śledziony</b> <input type="checkbox"/>	<b>Powiększenie wątroby</b> <input type="checkbox"/>	<b>Orientacyjny czas trwania choroby i inne objawy (jeśli dotyczy):</b>		
<b>NIEPRAWIDŁOWOŚCI w BADANIACH LABORATORYJNYCH (proszę wstawić znak X, jeśli dana nieprawidłowość została stwierdzona)</b>					
<b>Limfocytoza</b> <input type="checkbox"/>	<b>Atypia limfocytów</b> <input type="checkbox"/>	<b>Erytrocytoza</b> <input type="checkbox"/>	<b>Erytopenia</b> <input type="checkbox"/>	<b>Neutrocytoza</b> <input type="checkbox"/>	<b>Neutropenia</b> <input type="checkbox"/>
<b>Trombocytoza</b> <input type="checkbox"/>	<b>Trombocytopenia</b> <input type="checkbox"/>	<b>Hiperkalcemia</b> <input type="checkbox"/>	<b>Hipoproteinemia</b> <input type="checkbox"/>	<b>Hiperproteinemia</b> <input type="checkbox"/>	<b>Proteinuria</b> <input type="checkbox"/>

**Miejsce na dodatkowe uwagi lekarza kierującego**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
 Podpis i pieczęć lekarza zlecającego