

## SKIEROWANIE NA BADANIE GENETYCZNE – Diagnostyka Hematologiczna

Kod procedury: .....

Kod ICD10: .....

Nazwa badania: .....

Wskazanie do wykonania badania: .....

poziom leukocytozy: .....

blastozę: .....%

### Pacjent:

Nazwisko i imię: .....

Data urodzenia:   dzień   miesiąc    rok r.

PESEL:

Płeć:  M  K

Adres zamieszkania: .....

### Materiał biologiczny:

Rodzaj materiału:

- krew obwodowa <sup>1,2</sup>     szpik <sup>2</sup>     tkanka FFPE nr.....  
(podać numer bloczka parafinowego)     inny ..... nr.....  
(podać rodzaj i numer materiału)

<sup>1</sup> podać informacje o przeszczepieniu szpiku lub transfuzji krwi     TAK\*     NIE    .....  
\*data OSTATNIEJ transfuzji preparatów krwiopochodnych lub przeszczepienia szpiku

<sup>2</sup> krew jest źródłem materiału do badań pod warunkiem, że w okresie 2 miesięcy poprzedzających badanie pacjent nie otrzymał transfuzji preparatów krwiopochodnych

### Ośrodek kierujący:

Ośrodek kierujący – pieczętka:	
Numer umowy z NFZ, Oddział NFZ:	
Podpis i pieczętka lekarza kierującego:	
Data wystawienia zlecenia:	

Płatnik / Program:

#### Laboratorium Genetyki Klinicznej UCK:

Data pobrania materiału:		Data przyjęcia materiału:	
Godzina pobrania materiału:		Godzina przyjęcia materiału:	
Imię i nazwisko oraz podpis osoby pobierającej materiał:		Imię i nazwisko oraz podpis osoby przyjmującej materiał:	

**UWAGA:** Skierowanie na badanie jest ważne wyłącznie w przypadku dołączenia deklaracji świadomej zgody podpisanej przez pacjenta / przedstawiciela ustawowego (VERTE).

