

ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΑΝΟΣΟΦΑΙΝΟΤΥΠΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ημερομηνία Αποστολής: _____

Εταιρεία Courier: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____ Πατρώνυμο: _____

ΑΜΚΑ: _____

Τηλ: _____ Email: _____

Συνταγογράφηση ΕΟΠΥΥ: Επισυνάπτεται Σε δεύτερο χρόνο Όχι

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΕΜΠΟΝΤΟΣ ΙΑΤΡΟΥ

Όνοματεπώνυμο: _____ Τηλ: _____

Νοσοκομείο/Κλινική - Ιατρείο: _____ Email: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Είδος: Αίμα Μυελός Άλλο: _____

Αιτία Παραπομπής: _____ Πιθανή Διάγνωση: _____

Στοιχεία ιστορικού: Γενική Αίματος: _____ WBC/μL _____ % Πολυμορφοπύρρηνα

PLT/μL Hgb _____ % Λεμφοκύτταρα

% Μονοκύτταρα

% Ηωσινόφιλα

% Βασεόφιλα

Ευρήματα από κλινική εξέταση: Λεμφανοδοπάθεια Σπληνομεγαλία Ηπατομεγαλία

Επίχρισμα Περ. Αίματος/ Μυελού: _____

