



Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
www.ousa.sk

ŽIADANKA O MORFOLOGICKÉ VYŠETRENIE KOSTNEJ DRENE

Oddelenie hematológie a transfuziológie

Aspirát kostnej drene

L/HE-2-2

Rodné číslo:	<input type="text"/>	Samoplatca:	<input type="checkbox"/>	Adresa fakturácie:	<input type="text"/>
Priezvisko:	<input type="text"/>	IČO:	<input type="text"/>	DIČ:	<input type="text"/>
Meno:	<input type="text"/>	Kód PZS odosielajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Muž: <input type="checkbox"/> Žena: <input type="checkbox"/> Email: *	<input type="text"/>	Kód odosielajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Tel. číslo: *	<input type="text"/>	Tel. číslo/Email: *	<input type="text"/>		
Kód ZP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> EÚ poistenec: <input type="checkbox"/> Kód krajiny EÚ: <input type="text"/> <input type="text"/>	Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu: <input type="text"/>				
Poznámka: EÚ poistenci priložiť kópiu preukazu poistenca.					
Základná diagnóza:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kód PZS odporúčajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Iné diagnózy:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Kód odporúčajúceho lekára:	<input type="text"/>		
Dátum odberu: <input type="text"/> Čas odberu: <input type="text"/>					
Dátum prijmu: <input type="text"/> Čas prijmu: <input type="text"/>					
Dátum vystavenia žiadanky: <input type="text"/> * Nepovinný údaj					
Poznámka lekára: <input type="text"/>					
Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/>					

Doterajšia liečba:	<input type="checkbox"/> Žiadna	<input type="checkbox"/> Chirurgická	<input type="checkbox"/> Chemoterapia	<input type="checkbox"/> Rádioterapia	<input type="checkbox"/> Hormonálna	<input type="checkbox"/> Imunoterapia
	<input type="checkbox"/> Iné <input type="text"/>					

Bol už pacient morfológicky vyšetrený?	Kedy?	Kde?
Ktorá otázka má byť morfológickým vyšetrením zodpovedaná?		

Hematologická terapia (aplikovaná pred požadovaným lab. vyšetrením)							
<input type="checkbox"/> Transfúzie	<input type="checkbox"/> Ferroterapia	<input type="checkbox"/> Vitamín B12, Foláty	<input type="checkbox"/> Kortikoidy	<input type="checkbox"/> Antikoagulanciá	<input type="checkbox"/> Antiagreganciá	<input type="checkbox"/> Rastové faktory	<input type="checkbox"/> Iné

Popis vykonania biopsie:		
Vzorka odobraná / odoslaná dňa:	hod:	
Miesto (aspirácie):	<input type="checkbox"/> Kost':	<input type="checkbox"/> Aspirácia:
<input type="checkbox"/> Aspirát:	<input type="checkbox"/> Nátery:	<input type="checkbox"/> Iné:

Epikríza/ Komentár o pacientovi /Poznámky

UPOZORNENIE:

- **Periférna krv:** žiadame vyšetrenie hemogramu+morfológia - v deň odberu vzorky (!)
Periférna krv (PK) = 1 vzorka v EDTA (ako na hemogram)
- **Kostná dreň: morfológia = nátery aspirátu**
- v prípade odberu vzorky aj na histologické vyšetrenie prosíme o zaslanie spätnej informácie
- stručný histologický nález

Vzorky s nekompletnou vyplnenou žiadankou nebudú môcť byť vyšetrené!