

НАПРАВЛЕНИЕ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНОГО МОЗГА

ФИО Пациента		Дата рождения пациента	
Пол	Контактный телефон	E - mail	Дата забора материала

Выполняемое исследование

☒ 90-67-003 Цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма)

Материал получен из:

☐ Венозная кровь
☐ Тело грудины
☐ Большеберцовая кость
☐ Подвздошная кость таза

Цель исследования:

☐ Первичная диагностика
☐ Диагностика после терапии (лечения)

Диагноз в соответствии с историей болезни:

При первичной диагностике:

- ☐ Острый лейкоз
- ☐ Хронический лимфоцитарный лейкоз
- ☐ Хронический миелоидный лейкоз
- ☐ Миелодиспластический синдром
- ☐ Рефрактерная анемия
- ☐ Апластическая анемия
- ☐ Миелома

Диагностика после терапии (лечения):

- ☐ Т-лимфобластный лейкоз
- ☐ В-лимфобластный лейкоз
- ☐ Острый миелобластный лейкоз
- ☐ Миелоидный лейкоз
- ☐ Хронический лимфоцитарный лейкоз
- ☐ Множественная миелома
- ☐ Миелодиспластический синдром
- ☐ Апластическая анемия
- ☐ Рефрактерная анемия
- ☐ Острая эритремия и эритролейкоз

☐ Другой диагноз, отсутствующий в списке: _____

Дата постановки диагноза

Проводимая терапия/лечение:

☐ Химиотерапия
☐ Химиотерапия с трансплантацией стволовых клеток
☐ Лучевая терапия
☐ Не проводилась

Дата окончания последней терапии:

Медицинская документация, обязательная к предоставлению:

- выписной эпикриз (выписки из истории болезни);
- заключение УЗИ печени, селезёнки, лимфатических узлов;
- результат предыдущего исследования костного мозга (если исследование проводилось ранее);
- результат общего анализа крови, выполненного не более чем за 30 дней до исследования.

Если у пациента нет результатов общего анализа крови, следует добавить соответствующую услугу.

Наименование направляющего учреждения

ФИО врача

Город

E-mail врача

Тел. врача

Дата:

Подпись врача:

Подпись пациента: