

ZLECENIE BADANIA CYTOMETRYCZNEGO

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

DD	MM	RRRR					

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Płeć:

Miejsce zamieszkania:

Dane lekarza zlecającego:

pieczętka

Jednostka zlecająca badanie:

pieczętka

Odbiorca wyniku badania:

(instytucja/osoba upoważniona)

Rodzaj materiału: krew obwodowa inne:

Zlecone antygeny: CD 45/14 CD 3/8

CD 3/4 CD 3/19

CD 3/16+56 CD 4/25

INNE:

Data i godzina pobrania materiału do badania:/...../..... :

dd mm rrrr gg min

Dane osoby pobierającej materiał do badania:

Data i godzina przyjęcia materiału do badania:/...../..... :

dd mm rrrr gg min

Istotne kliniczne dane pacjenta:

.....

.....

.....