



ΠΑΡΑΠΕΜΠΤΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΠΛΑΧΝΙΚΗΣ ΛΕΪΣΜΑΝΙΑΣΗΣ

Εξέταση: K39 ☐ PCR ☐

Κωδικός δείγματος:
Κωδικός εξέτασης:
(Συμπληρώνεται από το εργαστήριο)

Στοιχεία Θεράποντος Ιατρού / Παραπέμποντος Φορέα:

Νοσοκομείο: Κλινική:

Ιατρός: Τηλ: email:

Στοιχεία Ασθενούς:

Ονοματεπώνυμο: **Φύλο:** Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐

Ημερομηνία Γέννησης: **ΑΜΚΑ:** Τηλ:

Τόπος διαμονής: Πρόσφατο ταξίδι (που, πότε):

Κατοικίδια: Ναι ☐ Όχι ☐ Εάν ναι, συμπληρώστε είδος και αν νοσούσε:.....

Υποκείμενα νοσήματα:.....

Κλινικά Στοιχεία/Ευρήματα:

Είδος δείγματος: Περιφερικό αίμα ☐ Μυελός ☐ **Ημερομηνία δείγματος:**

Ημερομηνία έναρξης συμπτωμάτων:

Εμπύρετος/η ☐ Θερμοκρασία:°C Απώλεια βάρους/ανορεξία ☐ Ηπατομεγαλία ☐

Σπληνομεγαλία ☐ Λεμφαδενοπάθεια ☐ Αναιμία ☐ Λευκά:..... Αιματοκρίτης:.....

Αιμοσφαιρίνη:..... Αιμοπετάλια:..... TKE CRP SGOT SGPT

Αγωγή κατά τη νοσηλεία:

Έκβαση: Ίαση ☐ Υποτροπή ☐ Θάνατος ☐

Υπογραφή Συγκατάθεσης Ελέγχου

.....
(συμπληρώστε: ονοματεπώνυμο, ιδιότητα, ημερομηνία)