



ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России
Централизованная клиничко-диагностическая лаборатория
Группа гематологии и общей клиники
г. Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4.
Единая справочная служба: +7 (800) 775-05-82, +7 (495) 612-45-51

НАПРАВЛЕНИЕ

НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ И ЦИТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ф.И.О. пациента (полностью) _____

Дата рождения _____ Пол (муж. /жен.) _____

Краткий анамнез заболевания _____

Диагноз _____

Предшествующая терапия _____

Дополнительные лабораторные, инструментальные и клинические обследования _____

Отметьте необходимые лабораторные исследования:

<input checked="" type="checkbox"/>	Код услуги	Наименование лабораторных исследований
<input type="checkbox"/>	A08.05.001	Цитологическое исследование мазка костного мозга (миелограмма)
<input type="checkbox"/>	A08.05.012	Цитохимическое исследование микропрепарата костного мозга *
<input type="checkbox"/>	A08.06.001	Цитологическое исследование препарата тканей лимфоузла
<input type="checkbox"/>	A08.09.012	Цитологическое исследование лаважной жидкости
<input type="checkbox"/>	A12.23.003	Исследование физических свойств спинномозговой жидкости
<input type="checkbox"/>	A08.23.007	Цитологическое исследование клеток спинномозговой жидкости
<input type="checkbox"/>	A12.05.127	Определение количества сидеробластов и сидероцитов *
<input type="checkbox"/>		

*Исследование назначается только в комплексе с A08.05.001

Дата и время взятия биоматериала _____

Медицинская организация, направляющая биоматериал _____

Ф.И.О. назначившего врача _____

Контактный телефон назначившего врача _____

Дата назначения исследования _____

Подпись врача _____