

SKIEROWANIE
do Ośrodka Zdrowia Propsyche
prowadzonego przez Propsyche Sp. z o.o.

Proszę o wykonanie PUNKCJI LĘDŹWIOWEJ w celu pobrania płynu mózgowo rdzeniowego.

Imię i nazwisko pacjenta/pacjentki:

.....

PESEL

Telefon kontaktowy:

.....

Do badania pacjent powinien dostarczyć:

1. Wynik badań układu krzepnięcia ważny 30dni od pobrania (APTT, INR, płytki krwi)
2. Wynik badania neuroobrazowego z nośnikiem i opisem

Lekarz kierujący potwierdza, że:

- pacjent nie ma przeciwwskazań do wykonania procedury nakłucia lędźwiowego
 - pacjent nie zażywa leków zmniejszających krzepliwość krwi
- jeśli zażywa to jakie:

TAK / NIE

TAK / NIE

- pacjent nie choruje na schorzenia zmniejszające krzepliwość krwi
- jeśli tak, to jakie:

TAK / NIE

Lekarz kierujący zleca wykonanie:

- tap testu

TAK ☐ NIE ☐

Cel tap testu:

- badania ogólnego

TAK ☐ NIE ☐

- beta amyloidu, białka Tau

TAK ☐ NIE ☐

- p/c IgM/IgG przeciw boreliozie

TAK ☐ NIE ☐

- białka 14-3-3

TAK ☐ NIE ☐

- p/c anty- i onko- neuronalnych

TAK ☐ NIE ☐

- panelu autoimmunologicznego
zapalenia mózgu

TAK ☐ NIE ☐

.....
Pieczęć i podpis lekarza