

....., dnia.....

SKIEROWANIE na krwiopust

Nazwisko, Imię

Pesel.....

Adres

Rozpoznanie.....ICD10.....

Krwiopust: jednorazowoml

Planowana częstotliwość krwiopustów.....

Do skierowania proszę załączyć aktualną morfologię (wykonana w ciągu ostatnich 2 tygodni), a w przypadku hemochromatozy poziom ferrytyny i/lub wskaźnik wysycenia transferyny (tzw. saturacja transferyny).