

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY NR

KARTA PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:

Zakrzepica u mężczyzn

	Data i filia	Potwierdzenie wykonania - data
D-dimery		
Morfologia z rozmazem		
PT		
APTT		
Fibrynogen		
Doppler żył kończyn dolnych		
Konsultacja chirurga naczyniowego		