

# SKIEROWANIE DO BADANIA BIOPSJI WĄTROBY

**NAZWISKO** .....

**IMIĘ** .....

Nr historii choroby .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Od kiedy choruje (miesiąc, rok) .....

Czy kiedykolwiek przebył wzw (typ) .....

Prawdopodobny sposób zakażenia .....

Przebyte szczepienia przeciwko wzw .....

Choroby współistniejące .....

## BADANE CZYNNIKI ETIOLOGICZNE

HBV		HCV		HDV		Inne	
HBsAG	...	Anty HCV	...	Anty HGV	...	HAV	...
Anty HBs	...	RNA HCV (PCR)	...	RNA-HGV (pg/ml)	.....	HGV	...
HBeAg	...	Genotyp wirusa	.....			HIV	...
Anty HBe	...	HCV RNA (pg/ml)	.....			CMV	...
Anty HBc	...					HSV	...
DNA-HBV (PCR)	...						
HBV-DNA (pg/ml)	.....						

### Autoprzeciwiła (miano)

ANA .....

SMA .....

LKM-1 .....

AMA .....

Białko całkowite .....

Albuminy .....

Globuliny:

$\gamma$  .....

Alkohol .....

Średnia ilość/dzień .....

(czystego alk. etylowego)

Stosowane leki

Poprzednio .....

Obecnie .....

Waga, wzrost (BMI) .....

## BADANIA LABORATORYJNE

Testy martwicy mięszu	Alat	Aspat	
	Fosf. alkaliczna .....	GGTP .....	bilirubina .....
Testy funkcji wątroby	Wsk. protrombinowy .....	Fe .....	AFP .....
	Ferrytyna .....		cholesterol .....

Wrodzone defekty enzymatyczne,  
niedobory odporności

rozmaz krwi obwodowej

## Badania radiologiczne (USG, TK, rtg dróg żółciowych, ECPW)

Wyniki poprzednich biopsji (nr , data )

## Rozpoznanie kliniczne

Data

podpis lekarza

tel. kontaktowy