



Akademia WSB

Wydział Nauk Stosowanych

Kierunek studiów: Fizjoterapia

PRACA DYPLOMOWA LICENCJACKA

Przemysław S. Knysz

**BORELIOZA JAKO SKOMPLIKOWANY PROBLEM
DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNY**

Praca licencjacka
napisana pod kierunkiem
dr. Krzysztofa Czupryny

Pracę przyjmuję, dnia.....

.....

podpis promotora

DĄBROWA GÓRNICZA 2018

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	5
---------------------------	----------

ROZDZIAŁ 1

WYBRANE ZAGADNIENIA DOTYCZĄCE BORELIOZY	7
--	----------

1.1. Historia.....	7
1.2. Objawy.....	8
1.2.1. Stadium pierwsze.....	8
1.2.2. Stadium późniejsze	8
1.2.3. Objawy boreliozy w podsumowaniu	9
1.2.4. Nie tylko borelioza stanowi problem.....	10
1.2.5. Diagnostyka	11

ROZDZIAŁ 2

WYWIADY	13
----------------------	-----------

2.1. Cel pracy	13
2.2. Materiał i metoda badań	14
2.3. Wyniki.....	15
2.4. Objawy powtarzające się w wywiadach	19
2.4.1. Problemy z układem endokrynnym	20
2.4.2. Objawy związane z tryptofanem (TRF).....	21
2.4.3. Objawy związane z tyrozyną (TYR)	21
2.5. Terapie alternatywne	21
2.5.1. PND	21
2.5.2. PNS	22
2.5.2.1. Zioła	22
2.5.2.2. Tryptofan.....	22
2.5.2.3. Tyrozyna	24
2.5.3. BRT	24

2.5.3.1. Biorezonans Rife’a	25
2.5.3.2. Metoda dr Voll’a.....	25
2.6. Cele rehabilitacji w boreliozie.....	26
2.6.1. Wpływ na układ limfatyczny	27
2.6.2. Wpływ na układ nerwowy.....	27
2.6.3. Wpływ na układ stawowo-mięśniowy	28
2.6.4. Wpływ na poprawę jakości życia psychicznego	28
2.7. Borelioza, a środowisko	28
ZAKOŃCZENIE	31
BIBLIOGRAFIA	33
WYKAZ TABEL	37
WYKAZ RYCIN	37
ZAŁĄCZNIKI	39

WPROWADZENIE

Wyzwaniem każdego terapeuty powinno być wczesne rozpoznanie boreliozy z Lyme celem skierowania pacjenta na odpowiednie leczenie, gdyż często w stanach przewlekłych lub nawracających, praktyka fizjoterapeutyczna nie przyniesie oczekiwanych rezultatów, ponieważ skomplikowana postać tej choroby, to ważny problem diagnostyczny jak i terapeutyczny, stanowiący wyzwanie przed fizjoterapią jak i medycyną XXI wieku.

Statystyki Państwowego Zakładu Higieny, które zawierają informację o liczbie zakażeń boreliozą w roku 2015 wskazywały na ilość 13625 osób, przy zapadalności na 100 tys. mieszkańców 35,4, natomiast w 2016 liczba wzrosła do 21200 osób, przy zapadalności na 100 tys. mieszkańców 55,2 co pokazuje tendencję wzrostową¹.

Zakażenie wywołane bakteriami *Borrelia Burgdorferi* nie powinno umknąć czujnym umysłom terapeutów, gdyż diagnostyka zakażeń, leczenie i rehabilitacja przysparza sporej ilości problemów, które wynikają z niedowierzania w możliwości i spektrum objawów oferowanych przez tę bakterię jak również jej współinfekcje.

W pierwszej części przedstawiono wybrane zagadnienia związane z historią tej choroby, spektrum dawanych objawów, opis współinfekcji i podstawowe informacje w temacie diagnostyki. W drugiej części zawarto wywiady osób przewlekłe chorych na boreliozę, z którymi osobiście się spotkałem. Została mi udzielona zgoda na kopię dokumentacji medycznej na cele tej pracy z anonimizacją danych z zastrzeżeniem, że jeśli ktoś wyrazi chęć uzyskania danych osobowych, to zostaną one przekazane podmiotowi zainteresowanemu. Część trzecia to podsumowanie pracy. W części czwartej dołączono skany dokumentacji medycznej przyporządkowane do przypadków opisywanych z wywiadu.

¹ M. Czarkowski, E. Cielebąk, B. Kondej i in. *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016 roku*, Warszawa 2017, s. 67.

ROZDZIAŁ 1

WYBRANE ZAGADNIENIA DOTYCZĄCE BORELIOZY

1.1. Historia

Szwedzki dermatolog Arvid Afzelius (1857 – 1923) w roku 1909 jako pierwszy powiązał rumień wędrujący z ukąszeniem przez kleszcza² i jego nazwiskiem została nazwana jedna z odmian *Borrelia* gatunek Afzelii, która daje przede wszystkim przewlekłe zanikowe zapalenia skóry (*łac. acrodermatitis chronica atrophicans*)³.

W 1922 roku francuski neurolog Charles Garin opisał wystąpienie neuroboreliozy, natomiast ukąszenia kleszczy z neuroboreliozą powiązał niemiecki neurolog Alfred Bannwarth. Neuroborelioza jest również zwana zespołem Bannwartha⁴. Grzeszczuk uważa, że *Borrelia* gatunek Garinii jest sprawcą uszkodzeń układu nerwowego aż w 72% przypadków poprzez mechanizm infekcji, doprowadzając do zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych czy korzeni nerwowych⁵.

Nazwa „choroba z Lyme” jak również „borelioza z Lyme” pochodzi natomiast od nazwy małej miejscowości w Connecticut w USA, gdzie badacze pod koniec lat 70 XX wieku powiązali rumień wędrujący oraz zapalenia stawów lokalnej społeczności z ukąszeniami kleszczy.

Dopiero doktor Will Burgdorfer w 1982 roku wyizolował z kleszczy bakterie będące głównym czynnikiem choroby, stąd też jej nazwa.

Choroba zwana jest również krętkowicą kleszczową, ze względu na swój wygląd – krętek (*łac. spirochaete*), przypominający korkociąg i jest oznaczona wg klasyfikacji ICD-10-GM pod A 69.2 “Choroba z Lyme, Erythema chronicum migrans wywołany przez *B. burgdorferi*” oraz pod M 01.2 “Zapalenie stawów w chorobie z Lyme”⁶.

² K. Marcus, *Verhandlungen der dermatologischen Gesellschaft zu Stockholm*. Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1911, s. 104.

³ A. Grzeszczuk, *Borelioza w praktyce klinicznej*. Warszawa 2009, s. 34.

⁴ R. Podemski, *Kompendium neurologii*. Gdańsk 2008, s. 281-282.

⁵ A. Grzeszczuk, *Borelioza w praktyce klinicznej*. Warszawa 2009, s. 40.

⁶ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Światowa Organizacja Zdrowia 2009.

1.2. Objawy

1.2.1. Stadium pierwsze

Z najwcześniejszych objawów występuje rumień wędrujący – (*łac. erythema migrans; EM*), objawia się obrzękiem w miejscu ukąszenia, często w kształcie okręgu o średnicy od 5 cm w kolorach czerwonych lub fioletowych. Jednakże rumień nie jest obligatoryjny i występuje w 60-70% przypadków⁷, jednak inne źródła podają jego występowanie tylko w 40% przypadków⁸. Mylnym współczesnym wyobrażeniem pacjentów i terapeutów jest to, że jeśli rumień nie wystąpił, to zakażenie boreliozą nie wystąpiło.

Równolegle z wystąpieniem rumienia lub bez odnotowuje się objawy grypopochodne czy przeziębieniowe, bóle głowy, bóle kończyn, spadek nastroju, podwyższoną temperaturę ciała, zdarzają się również przypadki powiększonych węzłów chłonnych⁹, więc początek może być podstępny i nie dawać wyraźnych sygnałów zakażenia bakteriami *Borrelia*.

Dodatkowo mogą wystąpić bóle mięśniowo-stawowe, więzadeł oraz ścięgien, obrzęki stawów bez związku z pracą wysiłkową, wzmożone wypadanie włosów, zaburzenia rytmu serca, odrętwienia kończyn górnych i dolnych¹⁰.

1.2.2. Stadium późniejsze

Przy przewlekłej boreliozie występuje już spektrum objawów, które mogą być identyfikowane jako choroba psychiczna pacjenta, ze względu na ich mnogość oraz pojawianie się okresami¹¹:

- oczy – retinopatia; zwężenie pola widzenia (widzenie tunelowe; czarne plamy); rzadziej uszkodzenie nerwu wzrokowego; zapalenie tęczówki, jagodówki czy naczyńówki;
- aparat ruchowy - bóle mięśni, więzadeł i ścięgien przypominające objawy fibromialgii; zapalenia stawów – dotyczy szczególnie stawu biodrowego, kolanowego, barkowego, łokciowego, żuchwowego oraz stawów palców dłoni i stóp; sztywność stawów – najczęściej palców, kolan oraz kręgów szyjnych; przewlekłe zmęczenie i szybka męczliwość;

⁷ A. Klimaszewski, *Borelioza i współinfekcje*. Bielsko-Biała 2009 s. 92.

⁸ U. Fisher, B. Siegmund, *Borelioza. Poradnik dla pacjentów*. Wrocław 2008, s. 19.

⁹ *Borelioza. Poradnik dla pacjentów*, s. 20.

¹⁰ *Borelioza. Poradnik dla pacjentów*, s. 19.

¹¹ *Borelioza. Poradnik dla pacjentów*, s. 20-28.

- mózg – porażenia przypominające udar; przewlekłe bóle głowy; osłabienie zdolności umysłowych, senność doprowadzająca do utraty świadomości;
- układ krwionośny – zaburzenia rytmu – najczęściej tachykardia; wysięk w pericardium (konieczne różnicowanie z infekcją wirusową *Coxsackie* lub *herpesvirdae, HHV*); zapalenie mięśnia sercowego (*łac. carditis*); sercowy blok AV III stopnia; powiększenie węzłów chłonnych oraz ich ból;
- układ nerwowy – zapalenie opon mózgowych, rdzenia kręgowego – dające objawy porażenia czy zaburzenia czucia całego ciała; neuralgie – bóle wędrujące; szумы w uszach;
- zespół Parkinsona – rozpoczyna się od problemów koordynacyjnych (wypadanie łyżeczki, widelca), a kończy się na utracie siły mięśniowej, problemów z ruchomością i stabilizacją, czasami występują drżenia mięśni.

1.2.3. Objawy boreliozy w podsumowaniu

W poniższej tabeli zebrano zasadnicze cechy wczesnej i późnej postaci boreliozy.

Tabela 1 - Stadia kliniczne boreliozy z Lyme¹²

Postać wczesna	
Zlokalizowana 1 – 8 tygodni	rumień wędrujący, miejscowa limfadenopatia, limfocytoma (<i>łac. lymphadenosis benigna cutis</i>), łagodne objawy ogólne
Rozsiana 3 – 26 tygodni	rumień wędrujący mnogi (<i>łac. erythema migrans multi focalis</i>), zapalenia: nerwów czaszkowych, opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, korzeni nerwowych, zapalenia wielostawowe, zapalenie serca, zapalenie siatkówki i naczyniówki oka
Postać późna	

¹² A. Grzeszczuk, *Borelioza w praktyce klinicznej*. Warszawa 2009, s. 38.

Od 6 do 12 miesięcy	zapalenie stawów, pojedyncze lub mnogie, zanikowe zapalenie skóry, przewlekłe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, neuropatia obwodowa
---------------------	---

Źródło: A. Grzeszczuk, Borelioza w praktyce klinicznej. Warszawa 2009, s. 38.

1.2.4. Nie tylko borelioza stanowi problem

Kleszcze przenoszą również współinfekcje (*ang. coinfections*), które mogą dawać podobne lub całkowicie odmienne symptomy, a diagnostyka wykonywana pod kątem boreliozy nie daje możliwości ich stwierdzenia. Poniżej przedstawiono niektóre z nich.

Anaplazmoza (*łac. anaplasmosis*), zwana dawniej Erlichioza (HGE), daje objawy takie jak gorączka, dreszcze, bóle mięśni, biegunka i przewlekły kaszel. Infekcja obniża odpowiedź immunologiczną, co daje otwarte wrota dla infekcji m.in. górnych dróg oddechowych, zakażeniom grzybiczym czy też zakażeniom krwi¹³.

Babesioza (*łac. babesiosis*) manifestuje się gorączką, dreszczami, ogólnym wyczerpaniem, bólami mięśniowymi i stawów, a diagnostyka krwi wskazuje na rozpad krwinek czerwonych.

Riketsje (*łac. rickettsia*) objawiają się gorączką, silnymi migrenami, uczuciem rozbicia oraz bólami stawowymi, zlewne poty, wysypka skórna, również powiększa węzły chłonne.

Coxiella brunetti powodują Gorączkę Q, mającą objawy grypopodobne.

Tularemia, powodowana przez *Francisella tularensis* – daje objawy podwyższonej temperatury ciała, spadku masy, zapalenia gardła wraz z zapaleniem płuc¹⁴.

Bartoneloza (*łac. bartonella*) – spektrum objawów obejmuje Obwodowy oraz Centralny Układ Nerwowy – szczególnie zapalenie mózgu (*łac. encephalitis*), ataksje mózdkowe (*łac. cerebellar ataxia*), układ stawowo-mięśniowo-szkieletowy.

Jersinioza – wywołana przez *Yersinia enterocolitica*¹⁵, objawia się przewlekłymi

¹³ U. Fisher, B. Siegmund, *Borelioza. Poradnik dla pacjentów*. Wrocław 2008, s. 19.

¹⁴ M. Evans, D. Gregory D., W. Schaffner i in. *Tularemia: a 30-year experience with 88 cases*. Medicine 1985, 64,4, s. 251-269.

¹⁵ W. Berghoff, *Chronic Lyme Disease and Co-infections: Differential Diagnosis*, The Open Neurology Journal 2012, 6(1), s. 158-178.

lub ostrymi dolegliwościami ze strony układu pokarmowego¹⁶ – bóle brzucha, biegunki. Dodatkowo może objawiać się nawracającymi wysypkami i / lub gorączkami.

Chlamydia pneumoniae – syndrom chronicznego zmęczenia¹⁷ (ang. *chronic fatigue syndrome, CFS*; *myalgic encephalomyelitis, ME*), miażdżyca tętnic¹⁸.

Chlamydia trachomatis – przewlekłe zapalenie stawów¹⁹.

Mycoplasma pneumoniae – zapalenie płuc, zapalenie mózgu, zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie kłębuszków nerkowych i zapalenie śledziony²⁰.

Mycoplasma fermentans (incognitus) – poważne komplikacje neurologiczne²¹.

1.2.5. Diagnostyka

Badanie pod kątem zakażenia chorobą z Lyme polega na oznaczeniu przeciwciał w klasach immunoglobulin M (IgM) – pojawiających się od dwóch tygodni do dwóch miesięcy od zakażenia oraz immunoglobulin G (IgG), które są charakterystyczne dla późnej fazy zakażenia²².

Zalecenia diagnostyczne Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLCZ) zawierają konieczność zrobienia testów ELISA w klasach IgM i IgG, a w przypadku wyników wątpliwych lub pozytywnych, zalecane są badania Western Blot również w obydwóch klasach. Obydwa testy są typu immunoenzymatycznego, czyli serologicznego, które nie pokażą wielkości infekcji bakteriami *Borrelia*. Pokażą jedynie wielkość odpowiedzi immunologicznej organizmu pacjenta na konkretne antygeny, co dodatkowo może utrudnić diagnostykę, szczególnie jeśli infekcja wyciszy odpowiedź układu odpornościowego pacjenta.

Test PCR (reakcji polimerazowej) wykrywa DNA bakterii, jednak nie da się

¹⁶ J. Osek, *Występowanie chorób odzwierzęcych i ich czynników etiologicznych w 2006 r. w świetle raportu Europejskiego Urzędu do spraw Bezpieczeństwa Żywności*. Życie Weterynaryjne 2008, 83(3), s. 192-201.

¹⁷ G. Nicolson, *Systemic Intracellular Bacterial Infections (Mycoplasma, Chlamydia, Borrelia species) in Neurodegenerative (MS, ALS, Alzheimer's) and Behavioral (Autistic Spectrum Disorders)*. The Institute for Molecular Medicine 2008.

¹⁸ J. Cianciara, J. Juszczyk, *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Lublin 2007, s. 61.

¹⁹ W. Berghoff, *Chronic Lyme Disease and Co-infections: Differential Diagnosis*. The Open Neurology Journal 2012, 6(1), s. 158-178.

²⁰ B. Bajantri, S. Danial, R. Duncalf i in, *Rare complicated parapneumonic effusion, Mycoplasma pneumoniae with new-onset lupus flare: Case report and literature review*. Respiratory Medicine Case Reports 2017, 22, s. 287-291.

²¹ W. Berghoff, *Chronic Lyme Disease and Co-infections: Differential Diagnosis*. The Open Neurology Journal 2012, 6(1), s. 158-178.

²² A. Grzeszczuk, *Borelioza w praktyce klinicznej*. Warszawa 2009, s. 39.

zróżnicować, czy pochodzi ono od żywej czy też martwej bakterii²³, toteż nie można tym sposobem diagnozować wielkości zakażenia.

Test transformacji limfocytów (LTT) polega na hodowli limfocytów oraz monocytów wraz z białkami *Borrelia*, co umożliwia ocenę wrażliwości i reaktywności układu immunologicznego na zagrożenie²⁴.

Testy na współinfekcje są dostępne poprzez oznaczenie swoistych przeciwciał w klasach IgM, IgA oraz IgG.

Horowitz przygotował kwestionariusz prawdopodobieństwa choroby odkleszczowej, który został opracowany na grupie badawczej ponad 1500 osób chorych na boreliozę. Zawiera on zestaw pytań dotyczących najczęstszych jej objawów. Badanie to dodatkowo potwierdziło teorię związaną z czterema krytycznymi objawami tej choroby: neuropatią (*ang. neuropathy*), zaburzeniami funkcji poznawczych (*ang. cognitive dysfunction*), bólami mięśniowo-szkieletowymi (*ang. musculoskeletal pain*) i zmęczeniem (*ang. fatigue*). Jest on również dostępny w polskiej wersji językowej²⁵.

²³ A. Grzeszczuk, *Borelioza w praktyce klinicznej*. Warszawa 2009, s. 40.

²⁴ U. Fisher, B. Siegmund, *Borelioza. Poradnik dla pacjentów*. Wrocław 2008, s. 72-73.

²⁵ M. Citera, P. Freeman, R. Horowitz, *Empirical validation of the Horowitz Multiple Systemic Infectious Disease Syndrome Questionnaire for suspected Lyme disease*, International Journal of General Medicine 2017, 10, s. 249-273.

ROZDZIAŁ 2

WYWIADY

2.1. Cel pracy

Praca ma na celu wskazanie problemów diagnostyczno-terapeutycznych w przypadku aktywnego zakażenia bakteriami *Borrelia Burgdorferi* wraz z współinfekcjami na podstawie siedmiu udokumentowanych przypadków, które okazały się ukrytą i przewlekłą wersją tej choroby.

Pierwszym problemem, z którym spotyka się terapeuta jest brak standaryzacji popularnych testów „ELISA” wykonywanych celem potwierdzenia lub wykluczenia boreliozy²⁶. Zwraca się uwagę na fałszywie negatywne testy Western Blot, szczególnie przy przewlekłych stanach boreliozy, która nie daje „książkowych” objawów²⁷. Dodatkowym problemem diagnostycznym są utrzymujące się przeciwciała po leczeniu, które nie odpowiadają jednoznacznie na to, czy udało się problem rozwiązać, czy tylko czasowo wyciszyć²⁸. Warto nadmienić, że to właśnie w tym miejscu zachodzi problem identyfikacji świeżej lub przewlekłej infekcji, szczególnie, jeśli usłyszymy od terapeuty, że mamy „odporność” na boreliozę, ze względu na kontakt z kleszczem w przeszłości²⁹.

Drugim problemem jest droga leczenia. Zalecenia PTEiLCZ zostały wydane w 2011 roku³⁰ i przedstawiają schemat leczenia jednym lub kilkoma antybiotykami drogą p.o. (*łac. per os*) lub i.v. (*łac. intra venosus*) przy konkretnym rozpoznaniu - stosowane maksymalnie do 30 dni³¹, który jest również zgodny z zaleceniami IDSA (*ang. Infectious Diseases Society of America*). Zdarzają się przypadki, które nie reagują na leczenie PTEiLCZ i chorzy szukając dalszej pomocy, trafiają na lekarzy ILADS (*ang. International Lyme and Associated Diseases Society*), którzy w schemacie leczenia używają kilku antybiotyków na raz nawet przez kilka miesięcy. Również zdarzają się pacjenci, którzy szukając dalszej pomocy po nieskutecznym pierwszym lub drugim schemacie leczenia, sięgają po metody „alternatywne” takie jak terapia BRT

²⁶ U. Fisher, B. Siegmund, *Borelioza. Poradnik dla pacjentów*. Wrocław 2008, s. 66.

²⁷ A. Klimaszewski, *Borelioza i współinfekcje*. Bielsko-Biała 2009, s. 21-22.

²⁸ Ż. Smoleńska, A. Matyjasek, Z. Zdrojewski, *Borelioza – najnowsze rekomendacje w diagnostyce i leczeniu*. Forum Reumatologiczne 2016, 2,2, s. 58-64, tab. 3.

²⁹ U. Fisher, B. Siegmund, *Borelioza. Poradnik dla pacjentów*. Wrocław 2008, s. 65.

³⁰ Ż. Smoleńska, A. Matyjasek, Z. Zdrojewski, *Borelioza – najnowsze rekomendacje w diagnostyce i leczeniu*. Forum Reumatologiczne 2016, 2,2, s. 58-64, tab. 4.

³¹ R. Flisiak, S. Pancewicz, *Diagnostyka i leczenie boreliozy z Lyme – zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych*. 2008, s. 6, tab. 1.

(ang. *bioresonance therapy*), PNS (*personalna naturalna suplementacja*) oraz PND (*personalna naturalna dieta*) lub też stosują równolegle kilka terapii.

Trzecim problemem jest mnogość obrazów. Mając własne doświadczenia przy chorowaniu na boreliozę i zbierając dane na potrzeby niniejszej pracy, szukając różnych przypadków opisywanych w Internecie nawiązałem kontakt z osobami, z którymi potem osobiście się spotkałem celem zebrania wywiadu oraz pozyskania kopii dokumentacji medycznej. W mojej pracy znajdują Państwo pracownika Lasów Państwowych, który choruje przewlekłe na boreliozę od 10 lat i nie dawała mu żadnych objawów do stycznia 2018, przypadek kobiety, rocznik 1988 ze stwierdzoną zaawansowaną osteoporozą, przypadek stwardnienia zanikowego bocznego (ang. *amyotrophic lateral sclerosis, ALS*) czy też przypadek dający objawy zawału serca, bez zawału serca. Podczas wywiadów osoby zwracały uwagę na błędne diagnozy stawiane przez lekarzy neurologów, reumatologów czy kardiologów, gdyż w toku dalszej diagnostyki „na własną rękę” pacjenci odkrywali sami boreliozę, która okazywała się problemem przewlekłym.

Czwarty problem to współinfekcje, które nierzadko są ignorowane w momencie gdy test serologiczny nie wykrywa boreliozy i pacjent jest kierowany do ośrodka, który nie oferuje rozwiązania jego źródła problemów.

2.2. Materiał i metoda badań

W niniejszej pracy objęto analizą przypadki przewlekłej boreliozy, w której wystąpiło ugryzienie kleszcza w przeszłości, nie dające specyficznych objawów. **Przypadek pierwszy** – mężczyzna, rocznik 1974, zawód: leśnik, **przypadek drugi** – kobieta, rocznik 1957, zawód: księgowa we własnej firmie; **przypadek trzeci** – kobieta, rocznik 1984, zawód: krawcowa; **przypadek czwarty** – kobieta, rocznik 1953, zawód: instruktorka Tai Chi; **przypadek piąty** – kobieta, rocznik 1988, zawód: pracownik biurowy; **przypadek szósty** – mężczyzna, rocznik 1982, zawód: informatyk, **przypadek siódmy** – kobieta, rocznik 1994, zawód: jubiler.

Materiały zostały zaczerpnięte od osób, z którymi nawiązałem osobisty kontakt, w związku z moim personalnym zainteresowaniem tematem z racji tego, że przewlekłe chorowałem na boreliozę odkrywając ją przez przypadek w grudniu 2016 roku. Moja własna historia została opisana jako przypadek numer sześć.

Do każdego przypadku dołączono dokumentację medyczną – jeśli była dostępna, diagnostykę laboratoryjną i funkcjonalną, opinie lekarzy.

Z każdą osobą przeprowadzono wywiad, zawierający przebieg choroby ze wszystkimi występującymi objawami. Przeprowadzono również analizę dokumentacji medycznej – szczegółowe wyniki diagnostyczne zostały dołączone w załącznikach do niniejszej pracy.

2.3. Wyniki

Przypadek 1 – mężczyzna, rocznik 1974

Z zawodu leśnik, choruje na boreliozę od co najmniej 10 lat (ta grupa zawodowa jest monitorowana okresowo), jednak nie dawała mu do tej pory wyraźnych objawów (przejściowe stany zapalne stawów kojarzone raczej z urazem lub przemęczeniem). W wywiadzie skarży się na problemy pracy serca (zaburzenia rytmu, skoki ciśnienia), czasami klucia. Objawy się nasiliły w styczniu 2018 – m.in. mocne klucia serca, bóle stawów, niepokój oraz obniżenie nastroju. Monitorowany pod kątem kardiologicznym, ze względu na wykrycie podwyższonej frakcji CK-MB w przypadkowym badaniu. Leczył się kilka lat wcześniej według wytycznych PTEiLCZ *p.o.* oraz niedawna terapia antybiotykiem Biotrakson (Ceftriakson) *i.v.* przyniosła zmniejszenie ilości objawów ze strony serca oraz poprawę nastroju.

W wynikach widać test Western Blot w klasie IgG z dużym odczynem immunologicznym, co świadczy o przewlekłej chorobie.

Obecna terapia: PNS oraz PND.

Przypadek 2 – kobieta, rocznik 1957

Z zawodu księgowa, prowadząca siedzący tryb życia, obciążona stresem wynikającym z prowadzenia własnej działalności. Choruje na boreliozę od co najmniej kilkunastu lat (pierwsze objawy w 30 r.ż. w małych nasileniach i okresowe). W wywiadzie skarży się na bóle w dolnej części mostka w okolicach serca i międzyżebrza, imitujących objawy zawału, przewlekłe bóle kręgosłupa w odcinku Th oraz L, bóle stawów kolanowych i biodrowych, zdiagnozowana przewlekła borelioza w roku 2013, leczona w roku 2014 Doxycykliną *p.o.* według zaleceń PTEiLCZ, objawy się wyciszyły po leczeniu na kilka miesięcy i wróciły w październiku 2014, różnymi cyklami utrzymują się nadal.

W wynikach pozytywny wynik ELISA w klasie IgG oraz Western Blot w klasie IgG, świadczący o przewlekłej infekcji.

Obecna terapia: BRT, PNS oraz PND.

Przypadek 3 – kobieta, rocznik 1984

Z zawodu krawcowa, aktywny tryb życia. Pamięta ugryzienie przez kleszcza w 2014 roku, leczona antybiotykami *p.o.*, natomiast specyficzne objawy infekcji pojawiły się w połowie roku 2017 - bóle wędrujące, bóle i zawroty głowy, bóle stawów, bóle węzłów chłonnych, kości, żył, miejscowe problemy z czuciem. Dokumentacja medyczna pokazuje znaczące problemy degeneracyjne w obrębie kręgosłupa jak również podwyższone przeciwciała dsDNA wskazujące na autoagresję diagnozowaną jako toczeń rumieniowaty układowy (*łac. lupus erythematosus systemicus*). Nie podjęła się terapii autoimmunologicznej, gdyż wykonała w styczniu 2018 Western Blot w klasie IgM (brak kopii), który dał wynik pozytywny.

W załącznikach Western Blot w klasie IgG z małym odczynem immunologicznym, który jest interpretowany jako negatywny.

Obecna terapia: BRT, PNS oraz PND.

Przypadek 4 – kobieta, rocznik 1953

Z zawodu instruktorka Tai Chi i Qigong. Pierwsze nieznaczące objawy pojawiły się 10 lat temu (zawroty głowy, zaburzenia równowagi). Pojedyncze epizody od maja 2016. 24 maja 2017 została przyjęta na oddział neurologiczny do Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej, przede wszystkim w związku z zaburzeniem mowy, niedowładem kończyn dolnych i zaburzeń równowagi. Borelioza w teście ELISA wykonanym w 10 lipca 2017 – w klasie przewlekłych infekcji – wynik wątpliwy, w klasie świeżych – negatywny. W dniu 08 sierpnia 2017 – wynik Western Blot w klasie przewlekłych infekcji pozytywny, z dużym odczynem immunologicznym, w klasie świeżych infekcji – negatywna, jednak widać niewielkie ilości przeciwciał. Skierowana do Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego w Cieszynie celem dalszego rozpoznania pod kątem choroby neuronu ruchowego z podejrzeniem boreliozy. Powtórzono badania (brak informacji jakie, z kontekstu może wynikać, że ELISA), niestety

w związku z brakiem standaryzacji antygenów wyniki mogą się różnić pomiędzy laboratoriami, co opisałem we wprowadzeniu. Wykonano również punkcję celem pobrania PMR i nie stwierdzono tam przeciwciał, co również dało pacjentce mylny obraz, tego, że na boreliozę nie choruje.

Po wykluczeniu boreliozy została skierowana na leczenie w kierunku

stwardnienia zanikowego bocznego, rozpoznanie G12.2 z dodatkowym rozpoznaniem autoimmunologii R76.8 do Szpitala Specjalistycznego im. Józefa Dietla w Krakowie w dniu 02 stycznia 2018. Stwierdzono, że może to być efekt przebytej infekcji *Mycoplasma pneumoniae* lub *Chlamydia pneumoniae*, skierowana do poradni immunologicznej, test LTT wykonany 8 stycznia 2018 pokazał wynik „słabo dodatni”.

Rodzina mając podejrzenia boreliozy zasugerowała pacjentce badanie w specjalistycznej klinice testów chorób odkleszczowych dr hab. n. med. Tomasza Wielkoszyńskiego w Dąbrowie Górniczej, co potwierdziło infekcje dla *Chlamydia pneumoniae* oraz *Mycoplasma pneumoniae* w klasach IgG oraz IgA, pozytywny wynik *Babesia bovis* w klasie przewlekłych infekcji, pozytywny wynik *Yersinia enterocolitica*, graniczne wyniki *Bartonella henselae*, *B. alstica*, *B. vinsonii subsp. Berhoeffii*, *B. quintana*.

W międzyczasie pobyt w sanatorium w Ustroniu, gdzie zastosowano zabiegi rehabilitacyjne takie jak kąpiel perełkowa z ozonem, okłady z borowiny na nogi i na kręgosłup.

Obecna terapia: ILADS - lekarz prowadzący Beata Herman-Ponikwia z Katowic, PNS oraz PND.

Przypadek 5 – kobieta, rocznik 1988

Z zawodu pracownik biurowy, prowadząca aktywny tryb życia. Pamięta ugryzienia kleszczy w młodości, natomiast ostatnie ugryzienie miało miejsce w 2013 roku, nie pamięta rumienia wędrującego. Po tym ukąszeniu wystąpiły krótkie epizody z zaburzeniami wzroku (okresowe rozmazywania obrazu). Diagnozy stawiane przez okulistę za każdym razem były inne, otrzymała zalecenie do noszenia okularów, których nie nosi, ponieważ podczas epizodów pogorszenia wzroku nie odnotowywała poprawy po ich założeniu. Podczas jednego z epizodów pogorszenia wzroku pojawiły się dodatkowe objawy, takie jak chroniczne zmęczenie oraz pogorszenie koncentracji i pamięci. Nastąpił spadek wagi z 60kg do poniżej 50kg, problem występuje do dziś. Następnymi objawami były bóle stawów kolanowych, poty nocne, problem z inicjacją ruchu, nadwrażliwość na światło słoneczne oraz bóle migrenowe głowy trwające nawet do trzech dni. Badania wskazywały na prawidłowe normy z krwi rozmazu, OB oraz z moczu, natomiast jedyną nieprawidłowością był niski poziom żelaza i stwierdzono anemię. Pacjentka zrobiła na własną rękę badania, które potwierdziły guza przysadczyc. Dalsza diagnostyka szpitalna wykazała osteoporozę, nefrokalcynozę nerek oraz

niedobór metabolitu 25OH. Operacyjnie usunięto jej guza przytarczyc i rozpoczęto leczenie na tężyczkę. Po powrocie ze szpitala objawy nadal pojawiały się okresami, co skłoniło ją do dalszych poszukiwań. Boreliozę odkryła w styczniu 2018 roku.

W załączniku pozytywny wynik testu Borrelia Lyme C6.

Obecna terapia: BRT, PNS oraz PND.

Przypadek 6 – mężczyzna, rocznik 1982

Z zawodu informatyk, siedzący tryb życia, obarczony ekspozycją na stres w związku z wykonywanym zawodem. Pamięta ugryzienie kleszcza w latach 90 na Mazurach, bez wyraźnych objawów po ukąszeniu – brak rumienia, brak pogorszenia samopoczucia. Po 30 r.ż. pojawiły się objawy takie jak – częste migrenowe bóle głowy, zawroty głowy, bóle stawów i poranna sztywność kręgosłupa oraz chroniczne zmęczenie. Boreliozę odkrył w grudniu 2016 roku. Leczenie terapią PNS oraz PND. Po zakończeniu terapii test Western Blot wykonany w grudniu 2017 nie wykazał żadnych przeciwciał

w klasach IgM oraz IgG, co może sugerować brak odpowiedzi immunologicznej przeciwko bakteriom Borrelia z powodu braku infekcji. Nie odnotowuje żadnych objawów.

Przypadek 7 – kobieta, rocznik 1994

Z zawodu jubiler. Od dziecka borykająca się z infekcjami górnego układu oddechowego oraz zakażeniem opryszczką. Około 2004 roku po raz pierwszy zauważono sztywność i bóle stawowe. W 2009 hospitalizowana na oddziale reumatologii z powodu nasilenia objawów. Wypisana w stanie dobrym z wytycznymi leczenia farmakologicznego.

Poszukiwania choroby wznowiono w 2011 z powodu dodatniego wyniku odczynu Waaler'a-Rose'go, nasilenia się objawów oraz występowania w rodzinie trzech przypadków toczenia układowego, w tym u babci. Po hospitalizacji w Instytucie Reumatologii w Warszawie rozpoznano RZS. Zastosowano leczenie farmakologiczne.

Przez lata trafiała do wielu specjalistów ze względu na różne okresowo nawracające bądź utrzymujące się objawy, których ze sobą nie kojarzono: wspomniane już sztywności i bóle stawów, kręgosłupa: lędźwiowo krzyżowego oraz sztywność karku, bóle mięśni, częste zapalenia górnych dróg oddechowych, zapalenia uszu, szumy uszne, bóle zatok, nieżyty nosa, migreny z aurą (z utratą wzroku), nadwrażliwość na

światło, męty w oczach, podkrążone oczy, nadwrażliwość, paradontozę i cofające się dziąsła kłów, łatwe ziębnienie, zimność stóp i dłoni, bóle żołądka i jelit oraz zaburzenia wypróżniania (rozpoznano zespół jelita drażliwego), zaburzenia rytmu serca, omdlenia, niskie CTK oraz tętno, zawroty głowy, problemy z pamięcią oraz koncentracją, zaburzenia snu, lekkie stany lękowe, uczucia odrealnienia, wahania nastroju, chroniczne zmęczenie.

W marcu 2014 r. rozpoznano jeden ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej typu ASD II, w kwietniu 2014 wykonano zabieg z implantacją okludera zamykając dwa ubytki.

W lipcu 2017 nastąpiło ugryzienie przez kleszcza, którego badanie PCR nie wykazało obecności bakterii *Borrelia*. Po trzech tygodniach pojawił się rumień wędrujący w miejscu ugryzienia. Zastosowano antybiotyk Duomox (Amoksylicyna) *p.o.* na okres trzydziestu dni. Podczas kuracji wystąpiła gorączka, mocne bóle stawowe i mięśniowe, obrzęk w miejscu ugryzienia, utrzymujące się trzy dni. Po kuracji antybiotykiem wykonano kontrolne badania Western Blot – wynik w klasie IgM negatywny, natomiast IgG pozytywny. Lekarz prowadzący nie potrafił zinterpretować wyników i polecił szukać specjalisty w tym temacie.

Natrafiła na Beatę Herman-Ponikwie z Katowic, która leczy według wytycznych ILADS i od października 2017 zastosowano kurację antybiotykową *p.o.* oraz PND nie odnotowując poprawy. Po czasie wystąpiło nasilenie objawów. Terapia utrzymana do maja 2018.

Obecna terapia BRT, PNS oraz PND.

2.4. Objawy powtarzające się w wywiadach

Przeglądając fora oraz grupy dyskusyjne poświęcone chorobom odkleszczowym zauważyłem, że niektóre niespecyficzne objawy pojawiają się w historiach chorych, które również pokrywają się w wywiadach. Zostały one sformułowane w tabeli numer 2 wraz z wstępną klasyfikacją problemu występującego na danym szlaku fizjologicznym.

Tabela 2 - Niespecyficzne wspólne objawy osób chorych na boreliozę i współinfekcje

Przewlekłe zmęczenie lub stany zmęczenia.	Objawy od niepoprawnej pracy układu endokrynnego.
Zimne ręce nogi, występujące zimno nawet w upalne dni.	
Często oddaję mocz / wstaję w nocy by się wysikać.	
Występują stany lękowe / stany depresyjne / zły nastrój.	Objawy niedoboru tryptofanu z pożywienia lub zakłócenia na szlaku jego metabolizmu.
Występuje nadwrażliwość na światło słoneczne (mrużę oczy, używam okularów przeciwsłonecznych).	
Problem z widzeniem po zmroku, kiedyś nie było takich problemów.	
Występują problemy ze spaniem – nie mogę zasnąć lub sen jest lekki i często się wybudzam.	
Problem z koncentracją lub wysławianiem się.	Objawy niedoboru tyrozyny z pożywienia lub zakłócenia na szlaku metabolizmu tyrozyny.
Problemy z pamięcią krótkotrwałą.	
Mam problem rozstać się z nałogiem.	
Mam zaburzenia napięcia mięśniowego i / lub zmniejszyła się precyzja ruchów.	

Źródło: Materiał własny.

2.4.1. Problemy z układem endokrynnym

Wspólnym mianem przypadków z wywiadów są zaburzenia pracy układu endokrynnego, szczególnie objawia się to w niepoprawnej termoregulacji organizmu (najczęściej zimne stopy oraz zdarzają się zimne ręce, uczucie zimna w gorące dni) jak również niektóre przypadki zgłaszają częstomocz, występujący równolegle z zaburzeniami termoregulacji lub też bez nich. Analizując wyniki krwi zauważa się podwyższony (jednak mieszczący się w normach) parametr TSH oraz obniżenie parametrów FT3 lub FT4 (również mieszczące się w normach). Pacjent cierpiący na problemy z układem endokrynnym, może zgłaszać spadki energetyczne, złe

samopoczucie oraz chroniczne zmęczenie.

2.4.2. Objawy związane z tryptofanem (TRF)

Warto nadmienić, że wszystkie osoby udzielające wywiadów zwracały uwagę na spadki nastroju, stany lękowe, złe myśli, często myślotok. Równolegle przy tych stanach występowała u niektórych nadwrażliwość na światło. Również takie osoby odnotowują mniejsze lub większe problemy ze snem i wypoczynkiem. Warto tutaj wspomnieć, że 95% serotoniny (5-hydroxytryptaminy), która powstaje z TRF, jest produkowane w jelitach³².

2.4.3. Objawy związane z tyrozyną (TYR)

Ciekawą obserwacją w wywiadach są również zaburzenia pamięci krótkotrwałej lub zaburzenia koncentracji czy też pojawienie się niezdolności ruchów. Być może odpowiedź jest w grasicy, w której TYR pobudza i przyspiesza dojrzewanie limfocytów, gdzie w przypadku infekcji, należy podejrzewać jej większe zużycie celem uzupełnienia armii ochronnej naszego organizmu, co ogólnoustrojowo może objawić się spadkami dostępności dopaminy³³.

2.5. Terapie alternatywne

2.5.1. PND

Przy zastosowaniu terapii antybiotykowej według ILADS nie tylko sugerowane jest zastosowanie preparatów pre i probiotycznych, ale również przejście na dietę przeciwwgrzybiczą oraz przeciwpasożytniczą, która głównie obejmuje eliminację z diety cukrów prostych oraz produktów pszenicznych. Enders uważa, że dwie trzecie naszej odporności pochodzi z jelit³⁴. Pacjenci zwracają często uwagę na pogorszenie objawów boreliozy podczas stosowanych odstępstw od zalecanej diety.

³² G. Enders, *Historia wewnętrzna. Jelita - najbardziej fascynujący organ naszego ciała*. Łódź 2015, s. 125.

³³ K. Sieroń-Stołtny, *Farmakologia dla fizjoterapeutów. Skrypt*. Katowice 2014, s. 97.

³⁴ G. Enders, *Historia wewnętrzna. Jelita - najbardziej fascynujący organ naszego ciała*. Łódź 2015, s. 9.

2.5.2. PNS

2.5.2.1. Zioła

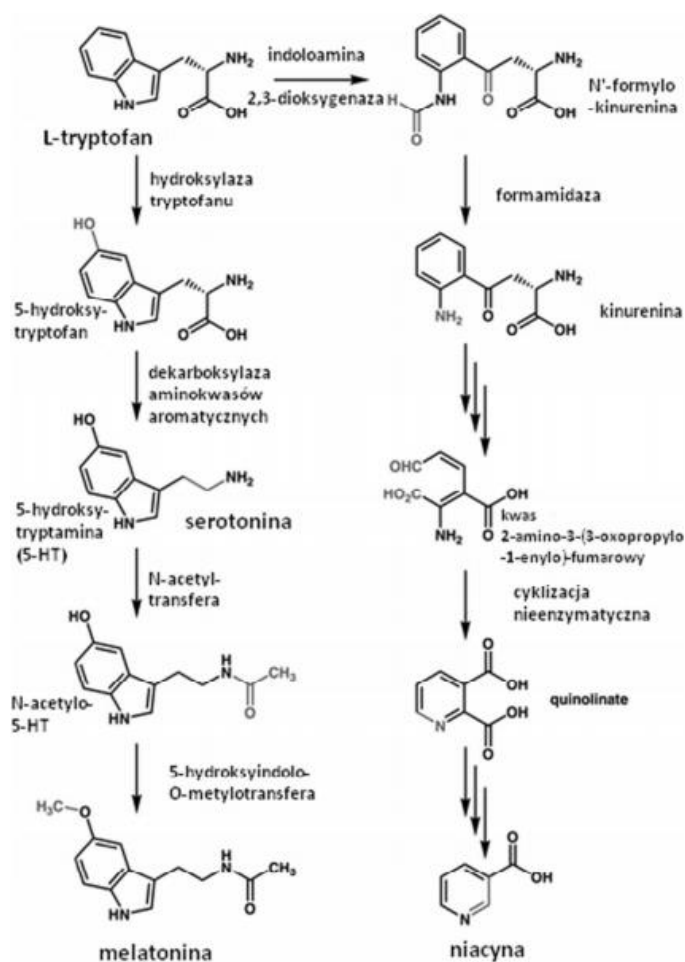
Osoby korzystające z tego typu terapii informują o przyjmowaniu ziół, które są wyselekcjonowane przez lekarza lub magistra dietetyki. Dobór mieszanek ziołowych jest realizowany na podstawie występujących objawów klinicznych i często bazuje na sugestiach Buhnera³⁵.

2.5.2.2. Tryptofan

Celem wpłynięcia na nastrój stosuje się suplementację bazującą na uzupełnieniu niedoboru na szlakach metabolicznych TRF, najczęściej pacjenci otrzymują zalecenia do spożycia witaminy B3 (w postaci kwasu nikotynowego lub amidu kwasu nikotynowego), 5-HTP (5-hydroxytryptofan) czy też bezpośrednio TRF w kapsułkach. Odnotowują poprawę nastroju oraz jeśli występuje nadwrażliwość na światło słoneczne, to problem również ustępuje. Szlak metaboliczny tryptofanu jest przedstawiony na rycinie nr 1³⁶.

³⁵ S. Buhner, *Healing Lyme: Natural Healing and Prevention of Lyme Borreliosis and Its Coinfections*. New Mexico 2015.

³⁶ A. Stępień, E. Walecka-Kapica, A. Błońska i in. *Rola tryptofanu i serotoniny w patogenezie i leczeniu zespołu jelita nadwrażliwego*, *Folia Medica Lodziensia*, 2014, 41/2:139-154



Rycina 1- Szlak metaboliczny tryptofanu

Źródło: A. Stępień, E. Walecka-Kapica, A. Błońska i in. Rola tryptofanu i serotoniny w patogenezie i leczeniu zespołu jelita nadwrażliwego, *Folia Medica Lodziensia*, 2014, 41/2:139-154

Na powyższym schemacie widać uzasadnienie wspomnianej suplementacji³⁷. Przy pierwszych dawkach niacyny pacjenci odnotowują zmniejszenie się nadwrażliwości na światło, wynikającą z uzupełnienia niedoborów kinureiny, która ma za zadanie tworzyć filtr UV w naszych oczach³⁸. Następnie poprawia się nastrój, co wskazuje na większą dostępność TRF celem skonwertowania go do serotoniny. Po kilku dniach również odnotowuje się poprawę jakości snu, za którą opowiada melatonina przetwarzana z serotoniny.

³⁷ A. Stępień, E. Walecka-Kapica, A. Błońska i in. *Rola tryptofanu i serotoniny w patogenezie i leczeniu zespołu jelita nadwrażliwego*, *Folia Medica Lodziensia*, 2014, 41/2:139-154

³⁸ K. Bednarska, B. Wachowicz, *Sygnał świetlny UV w układach biologicznych (cz. I) detekcja promieniowania nadfioletowego w układzie fotoreceptorowym*. *ACTA UNIVERSITATIS LODZIENSIS FOLIA BIOCHIMICA ET BIOPHISICA* 14, 1999, s. 73.

Ponadto według ostatnich ustaleń projektu STREAM Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, na niskie stężenie TRF reagują przede wszystkim limfocyty typu T, co wpływa hamująco na odpowiedź immunologiczną³⁹, natomiast Lee i Park odkryli, że brak TRF prowadzi do ich apoptozy⁴⁰. Myślę, że można podejrzewać dużą odpowiedź immunologiczną przeciwko infekcji bakteriami *borrelia* czy współinfekcji, większe ilości TRF są kierowane w miejsce problemu, celem modulowania limfocytów, co może się objawić niedostępnością tego prekursora w innych miejscach i ogólnym spadkiem serotoniny w ustroju.

2.5.2.3. Tyrozyna

By poprawić działanie pamięci i koncentracji, pacjenci otrzymują zalecenia zastosowania diety bogatej w fenyloalaninę lub też suplementowania się TYR. Spełnia ona ważne biologiczne zadania takie jak przyspieszanie dojrzewanie limfocytów w grasicy, jest prekursorem neuroprzekaźników takich jak dopamina, noradrenalina i adrenalina oraz jest prekursorem hormonów tarczycy tyroksyny oraz trójiodotyroniny.

Analizując dane z wywiadów z powtarzającymi się objawami oraz objawy przetwarzające się przez fora i grupy internetowe nie sposób zauważyć, że niektóre problemy wynikają z niedoborów TYR, gdyż zastosowanie suplementacji według zaleceń lekarza czy dietetyka wpływa na poprawę procesów pamięci⁴¹, pracę układu endokrynnego, dostarczając paliwa dla tarczycy do produkcji tyroksyny, co daje również efekt w postaci poprawy metabolizmu i termoregulacji⁴².

2.5.3. BRT

Terapia uznawana za kontrowersyjną i pseudonaukową⁴³. Cieszy się niemałym zainteresowaniem przy stanach przewlekłych lub niereagujących na żadne inne terapie. Ankietowani informują, że korzystają z biorezonansu dr Rife'a lub z aparatów IMEDIS, które bazują na metodzie dr Voll'a.

³⁹ A. Muchowicz, M. Firczuk, J. Gołąb, *IDO - 2,3 dioksygenaza indoloaminy*. STREAM Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2018.

⁴⁰ G. Lee, H. Park, *Tryptophan deprivation sensitizes activated T cells to apoptosis prior to cell division*. Immunology 2002;107:452–460.

⁴¹ L. Colzato, B. Jongkees, R. Sellaro i in. *Working memory reloaded: tyrosine repletes updating in the N-back task*, Frontiers in Behavioral Neuroscience, 12.2013.

⁴² K. Sieroń-Stoltny, *Farmakologia dla fizjoterapeutów. Skrypt*. Katowice 2014, s. 94.

⁴³ E. Ernst, *Bioresonance, a study of pseudo-scientific language*. Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd. 2004 Jun;11(3):171-3.

Z racji wiedzy zdobytej na studiach z zakresu pozytywnego działania zabiegów fizykoterapeutycznych, w szczególności prądów wysokiej częstotliwości jak diatermia opornościowa czy pojemnościowa lub zabiegi z zastosowaniem rozwiązania INDIBA, postanowiłem sięgnąć po badania dostępne w historii naukowej w tym temacie.

2.5.3.1. Biorezonans Rife’a

Royal Raymond Rife (1888 – 1971) jest znany ze stworzenia mikroskopu w latach 30 XX wieku, który miał możliwości optyczne sięgające jakości współczesnych mikroskopów elektronowych. Dzięki temu wynalazkowi oglądał jako pierwszy bakterie i wirusy w bardzo dużych powiększeniach⁴⁴. Prowadząc eksperymenty z częstotliwościami w 1953 roku opublikował pracę badawczą dowodzącą skuteczności metody wykorzystania ich celem niszczenia bakterii, wirusów oraz grzybic⁴⁵.

W 1993 Baker przeprowadził badanie oparte na podwójnej ślepej próbie z wykorzystaniem urządzenia opartego na pomysłe Rife’a, którym leczył zapalenia stawów⁴⁶. Badanie wykazało, że grupa poddawana działaniu urządzenia uzyskała redukcję dolegliwości od 12% do 85% w przeciągu 12 tygodni, a osoby, które kontynuowały tę terapię po zakończeniu badania informowały o całkowitym zniknięciu problemu. Pomimo tego, że współczesne badania nie wykazują skuteczności tego typu terapiami⁴⁷, należy wziąć pod uwagę czynnik zmienny w postaci personalnej reakcji organizmu na metody lecznicze i ciekawym doświadczeniem współczesnej nauki byłoby solidne zweryfikowanie tych metod.

2.5.3.2. Metoda dr Voll’a

Reinhold Voll (1909 – 1989) opracował w latach 50 XX wieku metodę EAV (niem. *Elektroakupunktur nach Voll*), w której połączył doświadczenie medycyny Dalekiego Wschodu z czasów I wieku p.n.e. oraz urządzenie własnej konstrukcji służące do mierzenia potencjałów elektrycznych w punktach akupunktury.

Diagnostyka przeprowadzona przez doświadczonego terapeutę daje bardzo

⁴⁴ H. Dunn, *Movie New Eye of Microscope in War on Germs*, Popular Science, 118 (6), czerwiec 1931.

⁴⁵ R. Rife, *History of the Development of a Successful Treatment for Cancer and other Virus, Bacteria and Fungi*. Rife Virus Microscope Institute, San Diego 1953.

⁴⁶ G. Baker, *A placebo study of audio frequency therapy in the treatment of arthritis*, Electromed (Aust.), 1993.

⁴⁷ B. Wüthrich, *Unproven techniques in allergy diagnosis*, Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology 2005;15(2):86-90.

dokładny obraz problemów potwierdzających się w objawach pacjenta, a zastosowanie kierunkowej terapii na jej podstawie daje pozytywne efekty terapeutyczne.

Na rynkach europejskich są dostępne urządzenia produkcji firmy IMEDIS, które bazują na jego pomysły oraz posiadają certyfikat do użycia medycznego. Korycki podaje, że z tej metody korzysta ponad 30000 lekarzy na całym świecie⁴⁸.

Rycina numer 2 zawiera wynik takiego badania osoby z przypadku numer 5.

>>> no recommendations <<<

RESULTS OF VEGETATIVE RESONANCE TEST

(2+) Jejunum D4/G1 D6AD4
(2+) Rectum D4/G1 D6AD4
(2+) Endometrium D4/G1 D6AD4
EPT: (4+) Borellia burgdorferi - F15
EPT: (2+) Candida albicans - F28
EPT: (2+) Mycoplasma (1) - F44
EPT: (2+) Nocardia asteroides (2) - F48
EPT: (2+) Proteus mirabilis (2) - F54
EPT: (2+) Streptococcus lactis - F64
EPT: (3+) Cytomegalovirus (CMV) - F88
EPT: (2+) Epstein-Barr-virus (EBV) (1) - F93
EPT: (2+) Herpes Zoster - F96
EPT: (+) Respiratory syncytial virus (RS-virus) - F103 R SP (2)
EPT: (2+) Ascaris lumbricoides - F118
EPT: (3+) Anaplasma marginale (1) - F181
EPT: (3+) Anaplasma marginale (2) - F182
EPT: (2+) Candida albicans (1) - F263
EPT: (3+) Candida albicans (3) - F265
EPT: (+) Candida glabrata - F266
EPT: (2+) Candida parapsilosis (2) - F268
EPT: (2+) Candida kefyr (1) - F275
EPT: (3+) Epidermophyton floccosum (5) - F307
EPT: (3+) Mucor racemosus (2) - F310
EPT: (2+) Mucor racemosus (4) - F312
EPT: (2+) Mucor mucedo (5) - F318
EPT: (2+) Aflatoxin (2) - F339
EPT: (2+) Ureaplasma (2) - F455
EPT: (3+) Penicillium camemberti (3) - F482
EPT: (+) Penicillium camemberti (4) - F483
EPT: (2+) Helicobacter pylori (1) - F495
EPT: (2+) Helicobacter pylori (4) - F498
EPT: (3+) Candida tropicalis - F597
EPT: (2+) Nickel (Ni) - F777
BRT: (3+) ENDOCRINE SYSTEM
EPT: (-) Chromium (Cr) - F773
EPT: (2-) Iron (Fe) - F775
BRT: (3-) BLOOD CIRCULATION

KPR (+2)
Babesia (+2)
Borrelia hensle (+3)
sp. coagulans positive!
R SP (2)
Chlamydia pneumoniae (1)
pH 2,6

Rycina 2- Wynik badania diagnostycznego IMEDIS VEGATEST z przypadku nr 5

Źródło: Materiały własne.

2.6. Cele rehabilitacji w borelioze

Żeby wspomóc terapię przeciw borelioze, należy skupić się na szczegółowej diagnostyce układu limfatycznego, nerwowego oraz stawowo-mięśniowego. Dzięki zastosowaniu technik drenażu, zabiegów fizykalnych czy metody stymulacji nerwów możemy ulżyć pacjentowi w jego objawach. Warty zwrócenia uwagi jest konieczność ankietowania pacjenta przy każdej wizycie pytaniami o samopoczucie po zabiegach

⁴⁸ O. Korycki, A. Smielianiec, *Prawie wszystko o metodzie R.Volla*. Warszawa 2009.

poprzednich. Przede wszystkim interesują nas objawy, które się nasilają lub też wyciszają oraz czy nie pojawiły się nowe.

Wybrane narzędzia fizjoterapeutyczne oraz zmiany występujące po zabiegach warto przedyskutować w szerszym gronie terapeutycznym, celem dobrania odpowiedniej ich intensywności oraz składników. Należy również pamiętać o przeciwwskazaniach do wybranych zabiegów.

2.6.1. Wpływ na układ limfatyczny

Dla pacjentów z obrzękami limfatycznymi można zastosować zabiegi mające na celu poprawę krążenia oraz doprowadzające do ich redukcji. Według badań najskuteczniejsza jest kompleksowa terapia udrażniająca (CDT), stosująca takie metody jak codzienny manualny drenaż limfatyczny, kompresoterapię poprzez bandażowanie wielowarstwowe oraz ćwiczenia poprawiające odpływ chłonki⁴⁹. Dodatkowo tego typu terapię można wzbogacić o kinesiotaping, który powodując minimalne uniesienie skóry uwalnia przestrzeń międzytkankową, co normalizuje napięcie mięśniowe i dzięki temu ułatwia przepływ płynów ustrojowych⁵⁰.

W przypadku zastosowania technik fizykoterapeutycznych, można skorzystać również z aparatów do terapii uciskowej BOA, pola magnetycznego, ultradźwięków czy diatermii krótkofalowej. Sprawnie działający układ limfatyczny nie tylko nie będzie doprowadzał do powstawania obrzęków, ale również poprawi się dystrybucja tłuszczów w organizmie do tkanek⁵¹.

2.6.2. Wpływ na układ nerwowy

W przypadku zaburzeń pracy układu nerwowego dobrym kierunkiem może być terapia P-DTR (*ang. Proprioceptive-Deep Tendon Reflex, Proprioceptywny Głęboki Odruch Ściągnięty*) stworzona przez José Palomar Lever'a, polegająca na stymulowaniu OUN oraz CUN i badaniu napięcia mięśniowego⁵². Głównymi założeniami tej metody jest przetworzenie prawidłowej informacji przekazywanej do układu nerwowego likwidując zaburzoną. Jest ona dostępna w Polsce od 2015 roku i jej prostotą jest to, że

⁴⁹ A. Pyszora, *Kompleksowa fizjoterapia pacjentów z obrzękiem limfatycznym*, Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010, 4, 1: 23–29.

⁵⁰ *Kompleksowa fizjoterapia pacjentów z obrzękiem limfatycznym*.

⁵¹ G. Enders, *Historia wewnętrzna. Jelita - najbardziej fascynujący organ naszego ciała*. Łódź 2015, s. 48.

⁵² Jose Palomar Lever, *NEURORECEPTOR THERAPY The Method of Proprioceptive-Deep Tendon Reflex (P-DTR) in Functional Neurology* 2015.

do badania i terapii wystarczy przeszkolony w niej fizjoterapeuta, gdyż nie są używane żadne dodatkowe urządzenia.

2.6.3. Wpływ na układ stawowo-mięśniowy

Mając na uwadze dość często występujący objaw taki jak szybka męczliwość, ważne jest by przy zastosowaniu kinezyterapii nie przemęczyć pacjenta i monitorować intensywność jego ćwiczeń. Cele powinny obejmować utrzymanie prawidłowego zakresu w stawach, siły mięśniowej oraz optymalizacji napięcia mięśniowego. Zabiegi fizykoterapeutyczne powinny skupić się na miejscowym działaniu przeciwbólowym i rozluźniającym, metodami takimi jak Sollux, TENS czy pole magnetyczne.

2.6.4. Wpływ na poprawę jakości życia psychicznego

Nie jest może to bezpośredni cel fizjoterapii, jednak niewątpliwą zaletą zajęć grupowych jest nawiązywanie kontaktów z ludźmi, mającymi podobne problemy, a przede wszystkim zmagającymi się z przewlekłą chorobą, która nie często atakuje tylko system stawowo-kostny, bo z tym jest głównie kojarzona, ale też inne układy. Warto też dbać o dobre samopoczucie pacjentów i realizować terapię w formie zabawy, by zajęcia nie tylko dostarczały bodźców ruchowych, ale również radości z ich realizacji.

2.7. Borelioza, a środowisko

Długo zastanawiałem się, czy napisać ten rozdział, ze względu na to, że analiza tego tematu wychodzi poza zakres fizjoterapii, natomiast są pewne kwestie związane z fizjologią człowieka obrazujące na możliwe związki przyczynowo-skutkowe doprowadzające do rosnącego problemu niezdiagnozowanej boreliozy czy współinfekcji. Przykładem na związki ze środowiskiem są pacjenci, u których występuje nasilenie objawów, szczególnie związanych z układem krążeniowo-oddechowym oraz stawowo-kostnym, w okresie grzewczym, czyli przeciętnie od października do kwietnia. Nierzadko obserwuje się ostre pogorszenie objawów, gdy normy pyłów PM_{2,5} oraz PM₁₀ w monitorowanym powietrzu przez stacje Głównego Inspektoratu Ochrony Środowiska (GIOŚ) przekraczają stany alarmowe.

Badania Światowej Organizacji Zdrowia (*ang. World Health Organization, WHO*) z 2005 roku w temacie wpływu zanieczyszczeń, wskazują na zwiększenie

śmiertelności przy ekspozycji na pyły zawieszone w stężeniach dla $PM_{2,5} > 35 \mu g/m^3$ oraz $PM_{10} > 70 \mu g/m^3$ w ekspozycji rocznej oraz $PM_{2,5} > 150 \mu g/m^3$ oraz $PM_{10} > 75 \mu g/m^3$ w ekspozycji dobowej⁵³. Współczesne badania powietrza w Polsce z 2016⁵⁴ nie pozostawiają złudzeń, że sytuacja ulegnie poprawie w ciągu najbliższej dekady, skoro problem jest znany od trzynastu lat i nie są wprowadzane żadne skuteczne rozwiązania systemowe, a dobrze widać jak zanieczyszczone powietrze wpływa na pogorszenie jakości życia naszego społeczeństwa. Współczesna fizjoterapia ma do zaoferowania wiele narzędzi usprawniających i wiele świetnych specjalistów, jednakże spotykane przypadki na gabinetach są coraz bardziej skomplikowane i czasami narzędzia te, jak i wiedza terapeutów nie wystarczają, by wycofać stan chorobowy czy zatrzymać proces degeneracyjny.

W ciągu ostatniej zimy w 2018 roku przy niskich temperaturach powyższe normy były wielokrotnie przekroczone, natomiast w inne dni, gdzie temperatura była wyższa, normy były przekraczane około dwukrotnie. Nie dysponujemy badaniami, które jasno zobrazują statystyki śmiertelności przy tak dużej intensywności pyłów zawieszonych, jednakże należy założyć, że statystyki te nie będą dekrementowały.

Zamykając niniejszy rozdział uważam, że warto zwrócić uwagę na środowisko w którym żyjemy, gdyż może być dodatkowym czynnikiem zapalnym epidemii choroby, która nie jest dobrze poznana, diagnostyka laboratoryjna i interpretacja wyników nie spełnia odpowiednio swoich zadań, a niezdiagnozowana borelioza czy współinfekcje właśnie zaczęły pukać do drzwi gabinetów.

⁵³ World Health Organization *Air quality guidelines for particulate matter, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide*, 2005.

⁵⁴ European Environment Agency, *Air Quality e-Reporting*, 2018.

ZAKOŃCZENIE

Z przedstawionych obrazów w pracy wynika, że nie bez powodów borelioza z Lyme jest zwana „wielkim imitatorem”⁵⁵. Wydaje się, że zasadnym byłoby poważne zastanowienie się, czy przewlekłe przypadki, szczególnie słabo reagujące na prowadzone leczenie, nie są ukrytą boreliozą czy jej współinfekcjami.

W przypadku numer cztery – diagnostyka, która została do tej pory przeprowadzona, nie była wystarczająca. Po zrobieniu dodatkowych testów, okazało się, że borelioza jest w fazie przewlekłej. Jak wyraźnie pokazuje ten przypadek, nastąpiło uśpienie czujności terapeuty oraz pacjenta, a to mogło spowodować degenerację jego zdrowia w skutek braku prowadzonej kierunkowej terapii.

Warto nadmienić, że terapeuci sugerują się tylko wynikami badań w klasach IgM, traktując klasę IgG jako „odporność na boreliozę” lub też przebycie choroby, jednakże zalecenia PTEiLCZ / IDSA wyraźnie wskazują⁵⁶, że diagnoza aktywnej boreliozy jest oparta o klasy IgM w przypadku stadium wczesnego lub IgG w przypadku stadium późnego.

Nie sposób zauważyć, że pacjent przeszedł kilku specjalistów szukając rozwiązania swojego problemu i odkrył go sam przez przypadek lub w skutek sugestii kogoś znajomego czy też kogoś z rodziny.

Przypadki opisywane w tej pracy pokazują, że pomimo zastosowanej szerokiej diagnostyki, proceduralne podejście terapeuty do problemu nie wystarczyło. Czujność zachowali sami pacjenci, którym coś nie pasowało w ich obrazie klinicznym i zaczęli szukać odpowiedzi na własną rękę, a w jednym przypadku czujność wykazała rodzina, dzięki której nie doszło do nieprawidłowego leczenia, które mogłoby pogorszyć stan pacjenta.

Należy poddać otwartej dyskusji trzy pytania. Czy w związku z szerokim obrazem manifestacji zakażenia chorobą z Lyme istnieje jakikolwiek schemat czy algorytm postępowania, szczególnie jeśli nie ma charakterystycznych objawów, które zostały przedstawione w części pierwszej lub występują inne, niespecyficzne, nie powiązane jeszcze z tego typu zakażeniem? Czy nie warto zainteresować lekarzy pierwszego kontaktu oraz fizjoterapeutów kwestionariuszem Horowitza, który da sygnał

⁵⁵ A. Klimaszewski, *Borelioza i współinfekcje*. Bielsko-Biała 2009, s. 9.

⁵⁶ R. Flisiak, S. Pancewicz. *Diagnostyka i leczenie boreliozy z Lyme – zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych*. 2008, s. 4.

prowadzącemu pacjenta, by go skierować na właściwą terapię, gdyby aktualne leczenie okazało się nieskuteczne lub jego efekty byłyby krótkotrwałe? Czy w przypadku podejrzenia infekcji boreliozą lub jej współinfekcjami nie powinno się badać klas IgM oraz IgG testem Western Blot wraz z panelem współinfekcji, co pozwoliłoby ustalić źródło problemów zdrowotnych pacjenta?

Gdy zbierałem materiały w temacie niniejszej pracy, natrafiłem na sprzeczne ze sobą informacje w temacie *EM*, objawów czy schematów leczenia. Ponadto najnowsze badania w temacie leczenia boreliozy przeprowadzone na Uniwersytecie Tulane wykazują, że 28 dniowa kuracja antybiotykowa w wielu przypadkach może okazać się niewystarczająca⁵⁷, co czyni tę chorobę skomplikowanym problemem diagnostyczno-terapeutycznym i poważnym wyzwaniem współczesnej medycyny w nadchodzącej przyszłości.

⁵⁷ M. Embers , N. Hasenkampf, M. Jacobs i in. *Variable manifestations, diverse seroreactivity and post-treatment persistence in non-human primates exposed to Borrelia burgdorferi by tick feeding*. PLOS ONE 2017.

BIBLIOGRAFIA

1. A. Grzeszczuk, *Borelioza w praktyce klinicznej*. Warszawa 2009.
2. A. Klimaszewski, *Borelioza i współinfekcje*. Stowarzyszenie Chorych na boreliozę, Bielsko-Biała 2009.
3. A. Muchowicz, M. Firczuk, J. Gołąb, *IDO - 2,3 dioksygenaza indoloaminy*. STREAM Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2018.
4. A. Pyszora, *Kompleksowa fizjoterapia pacjentów z obrzękiem limfatycznym*, Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010, 4, 1
5. A. Stępień, E. Walecka-Kapica, A. Błońska i in. *Rola tryptofanu i serotoniny w patogenezie i leczeniu zespołu jelita nadwrażliwego*, Folia Medica Lodziensia, 2014, 41/2.
6. B. Bajantri, S. Danial, R. Duncalf i in. *Rare complicated parapneumonic effusion, Mycoplasma pneumoniae with new-onset lupus flare: Case report and literature review*. Respiratory Medicine Case Reports 2017.
7. B. Wüthrich, *Unproven techniques in allergy diagnosis*, Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology 2005;15(2).
8. E. Ernst, *Bioresonance, a study of pseudo-scientific language*. Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd. 2004 Jun;11(3).
9. European Environment Agency, *Air Quality e-Reporting*, 2018.
10. G. Baker, *A placebo study of audio frequency therapy in the treatment of arthritis*, Electromed (Aust.), 1993.
11. G. Enders, *Historia wewnętrzna. Jelita - najbardziej fascynujący organ naszego ciała*. Łódź 2015.
12. G. Lee, H. Park, *Tryptophan deprivation sensitizes activated T cells to apoptosis prior to cell division*. Immunology 2002;107.
13. G. Nicolson, *Systemic Intracellular Bacterial Infections (Mycoplasma, Chlamydia, Borrelia species) in Neurodegenerative (MS, ALS, Alzheimer's) and Behavioral (Autistic Spectrum Disorders)*. The Institute for Molecular Medicine 2008.
14. H. Dunn, *Movie New Eye of Microscope in War on Germs*, Popular Science, 118 (6), 06.1931.
15. J. Cianciara, J. Juszczak, *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, Lublin 2007.
16. J. Osek, *Występowanie chorób odzwierzęcych i ich czynników etiologicznych w 2006 r. w świetle raportu Europejskiego Urzędu do spraw Bezpieczeństwa*

Żywności. Życie Weterynaryjne 2008, 83(3).

17. Jose Palomar Lever, *NEURORECEPTOR THERAPY The Method of Proprioceptive-Deep Tendon Reflex (P-DTR) in Functional Neurology* 2015.
18. K. Bednarska, B. Wachowicz, *Sygnal świetlny UV w układach biologicznych (cz. I) detekcja promieniowania nadfioletowego w układzie fotoreceptorowym*. ACTA UNIVERSITATIS LODZIENSIS FOLIA BIOCHIMICA ET BIOPHISICA 14, 1999.
19. K. Marcus, *Verhandlungen der dermatologischen Gesellschaft zu Stockholm. Archiv für Dermatologie und Syphilis*. 1911.
20. K. Sieroń-Stołtny, *Farmakologia dla fizjoterapeutów. Skrypt*. Katowice 2014.
21. L. Colzato, B. Jongkees, R. Sellaro i in. *Working memory reloaded: tyrosine repletes updating in the N-back task*, Frontiers in Behavioral Neuroscience, 12.2013.
22. M. Citera, P. Freeman, R. Horowitz, *Empirical validation of the Horowitz Multiple Systemic Infectious Disease Syndrome Questionnaire for suspected Lyme disease*, International Journal of General Medicine 2017, 10.
23. M. Czarkowski, E. Cielebąk, B. Kondej i in. *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2016 roku*, Warszawa 2017.
24. M. Evans, D. Gregory, W. Schaffner i in. *Tularemia: a 30-year experience with 88 cases*. Medicine 1985, 64,4.
25. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, Wydane przez Światową Organizację Zdrowia w 2009.
26. O. Korycki, A. Smielaniec, *Prawie wszystko o metodzie R.Volla*. Warszawa 2009.
27. R. Flisiak, S. Pancewicz, *Diagnostyka i leczenie boreliozy z Lyme – zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych* 2008, 6, 4.
28. R. Podemski, *Kompendium neurologii*. Gdańsk 2008.
29. R. Rife, *History of the Development of a Successful Treatment for Cancer and other Virus, Bacteria and Fungi*”. Rife Virus Microscope Institute, San Diego 1953.
30. S. Buhner, *Healing Lyme: Natural Healing and Prevention of Lyme Borreliosis and Its Coinfections*. New Mexico 2015.
31. U. Fisher, B. Siegmund, *Borelioza. Poradnik dla pacjentów*. Wrocław 2008.
32. W. Berghoff, *Chronic Lyme Disease and Co-infections: Differential Diagnosis*. The Open Neurology Journal 2012, 6(1).
33. World Health Organization *Air quality guidelines for particulate matter, ozone,*

nitrogen dioxide and sulfur dioxide, 2005.

34. Ź. Smoleńska, A. Matyjasek, Z. Zdrojewski, *Borelioza – najnowsze rekomendacje w diagnostyce i leczeniu*, Forum Reumatologiczne 2016, 2,2.

WYKAZ TABEL

Tabela 1 - Stadia kliniczne boreliozy z Lyme	9
Tabela 2 - Niespecyficzne wspólne objawy osób chorych na boreliozę i współinfekcje	20

WYKAZ RYCIN

Rycina 1- Szlak metaboliczny tryptofanu	23
Rycina 2- Wynik badania diagnostycznego IMEDIS VEGATEST z przypadku nr 5	26

ZAŁĄCZNIKI

Przypadek 1 – mężczyzna, rocznik 1974

		SZPITAL PEDIATRYCZNY	
		Laboratorium Centralne	
Prac. Mikrobiologiczna tel. (0-33) 828 40 78 Prac. Analityczna tel. (0-33) 828 40 79			
43-300 Bielsko-Biała ul. Sobieskiego 83 www.szpitalpediatryczny.pl			
PESEL: 740201	Data ur.: 1974-02-01	Wiek: 43 lata	Płeć: M
			
			8001276893020
Data rejestracji: 2017-05-26 13:20			Nr:
Data wykonania: 2017-05-26 14:08			
Data wydruku: 2017.05.26			
Zleceńodawca:			
BESKIDZKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z O.O.			
43-300 BIELSKO-BIAŁA, DĄBROWSKIEGO 3/1			
Lek. kier.: ,			

Kinaza kreatynowa CK	827.00	U/l	0.00-171.00	H
----------------------	--------	-----	-------------	---

Podpis i pieczęć diagnosty lab.:

14738
mgr AGATA SŁABINSKA-ZUBER
DIAGNOSTA LABORATORYJNY

ID pacjenta: 14550467
 Utworzony dnia: 2017-05-30
 Wyniki z: 2017-05-30

Test: EUROLINE Borrelia IgG
 Pasek: 3
 Nazwisko pacjenta:



Antygen	Intensywność	Klasa	0	(+)	+
VisE Borrelia afzelii	151	+			
VisE Borrelia burgdorferi	152	+			
VisE Borrelia garinii	105	+			
Lipid Borrelia afzelii	3	0			
Lipid Borrelia burgdorferi	3	0			
p83	25	+			
Flagellin	118	+			
BmpA	17	(+)			
OspC	16	(+)			
BB_A34	6	0			
BB_K53	22	(+)			
BB_G03	21	(+)			
BB_N38	36	+			
BB_P36	70	+			
Kontrola Konjugatu IgG	104	+			
Kontrola Konjugatu IgM	-1				
Pasma kontrolne	152	+			

Test	Wynik
EUROLINE Borrelia IgG	pozytywny

Intensywność	Klasa	Odczytanie
0 - 15	0	negatywny
16 - 25	(+)	Graniczne
26 - 255	+	pozytywny

mgr KATARZYNA
 DĄBICKA
 Dział Laboratorium

Podpis

Przypadek 2 – kobieta, rocznik 1957

SZPITAL MIEJSKI W RUDZIE ŚLĄSKIEJ SP. Z O.O.
NZOZ SZPITAL MIEJSKI W RUDZIE ŚLĄSKIEJ
Zakład Diagnostyki Obrazowej
Pracownia TK
41-703 Ruda Śląska ul. Lipa 2

OPIS BADANIA TK

Numer pacjenta: 120130

Płeć: K

PESEL: 570928

Imię i nazwisko:

Data ur.: 28.09.1957

Adres:

Nr badania: 153/13

Badanie: TK odcinka kręgosłupa (Data ekspozycji: 08.01.2013)

Data badania: 08.01.2013

Badanie TK kręgosłupa L/S.

Dane ze skierowania: Nasilający się zespół bólowy kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Zmiany zwyrodnieniowe.

Niewielkie prawostronne wygięcie kręgosłupa lędźwiowego.

Obniżenie wysokości kręgów m-k L2-L3, L4-L5 i L5-S1.

Objaw próżniowy kręgów m-k od L2 do S1.

Zmiany zwyrodnieniowe blaszek graniicznych o największym nasileniu na poziomie L5-S1.

Zmiany wytwórcze przednio-bocznych kręweł trzonów kręgów lędźwiowych.

Zmiany zwyrodnieniowe w stawach m-k.

Objaw międzywyrostkowy L3-L4.

Drobne wyostżenia tylnych kręweł trzonów kręgów na L5-S1.

Na poziomie L2-L3 szerokopodstawne uwypuklenie zdegenerowanego kręta m-k modelujące worek oponowy i spływające zchylki boczne obustronnie.

Po stronie lewej do światła kanału korzeniowego oprócz uwypuklonego kręta wpukla się również ostrość tylnej kręweł trzonu kręgu L2 nieznacznie modelując przebieg korzeni nerwowych.

Niewielkie uwypuklenie kręta m-k na poziomie L3-L4, z modelowaniem worka oponowego i zmniejszeniem rezerwy objętościowej w kanałach korzeniowych obustronnie.

Na poziomie L4-L5 i L5-S1 szerokopodstawne uwypuklenie zdegenerowanych kręgów m-k, które modelują worek oponowy i spływają zchylki boczne obustronnie.

Kanal korzeniowy na wymienionych poziomach zwężony zarówno przez kręta m-k jak i zmiany wytwórcze ze stawów m-k a na poziomie L5-S1 również kręweł trzonu L5.

Na tych poziomach widoczne są cechy ucisku na korzenie nerwów rdzeniowych w kanałach korzeniowych.

Wymiar strzałkowy kanału korzeniowego na poziomie L4-L5 wynosi 13 mm, na poziomie L5-S1 wynosi ok. 16 mm.

Na pojedyncze uwypuklenie blaszki miążdżycowej w srodzie brzośnej.

Wnioski:

Zawansowana spondyliza lędźwiowa z wielopoziomową dyskopatią.

lek. med. Aleksandra Kulczyk
Nr pn. wyk. spec. (1861765)

SZPITAL MIEJSKI W RUDZIE ŚLĄSKIEJ SP. Z O.O.

SZPITAL MIEJSKI W RUDZIE ŚLĄSKIEJ SP. Z O.O.

NZOS SZPITAL MIEJSKI W RUDZIE ŚLĄSKIEJ

Zakład Diagnostyki Obrazowej

Pracownia TK

41-703 Ruda Śląska ul. Lipa 2

OPIS BADANIA TK

Numer pacjenta: 128130 Płeć: K

Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL: 570928

Data ur.: 28.09.1957

Nr badania: 4317/13

Badanie: TK odcinka kręgosłupa (Data ekspozycji: 03.07.2013)

Data badania: 03.07.2013

Badanie TK kręgosłupa piersiowego

Badanie nr 4459/2013

Badanie wykonano w technice wielowarstwowej rekonstrukcja w płaszczyznach poprzecznych, czołowych i strzałkowych.

Zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze przednich i bocznych kręwdzi trzonów kręgów piersiowych.

Zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze stawów m-k.

Dyskretnie obniżenie wysokości trzonu kręga Th7 i Th9, głównie w odcinku przednim - podejrzenie przebiegłych złamań kompresyjnych (wysokość trzonu kręga Th7 w części centralnej obniżony do około 1,5 cm, Th 9 do około 1,6 cm).

Od poziomu Th9 do poziomu Th12 uwidoczono dyskretnie grzbietowe uwypuklenia krątków m-k wielkości do około 0,2 cm, modelujące nieco przestrzeń płynową przedróżniową.

Przyczienne uwypuklenia blaszki miążdżycowe linia sorty, pojedyncze blaszki miążdżycowe LAD.

Wniosek:

Podejrzenie przebiegłych złamań kompresyjnych Th7 i Th9.

Zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze kręwdzi trzonów kręgów piersiowych i stawów m-k.

Konsultacja: dr n med Wojciech Stech

Lek. med. Michał Czerny

Nr pr. wyk. zaw. (2489557)

Michał Czerny
lek. med.
2489557



B-a

B4

Nazwisko i imię:

PESEL: 570928

Data urodzenia: 1957-09-28 Płeć: K



Adres:

Pobranie mat.: 2014-01-07

Przyjęcie mat.: 2014-01-07

Lekarz kierujący: TOMBAKIEWICZ X

MIEJSCE ODBIORU WYNIKU: SZPITAL MIEJSKI W RUDZIE ŚLĄSKIEJ SP. Z O.O.

Typu Nazwa:

BORRELIA BURGDORFERI P/C 99.17 RU/ML wynik dodatni >22.0
IGG

Data wyk.: 2014-01-08

BORRELIA BURGDORFERI P/C 6.50 RU/ML wynik ujemny 0.0 - 16.0
IGM

Data wyk.: 2014-01-08

ST. TECHNIK. ANALITYKI MEDYCZNEJ NALENA SZAREK

[Signature]



Śląski Szpital Reumatologiczno - Rehabilitacyjny

Im gen. J. Ziętka 43-450 Ustroń ul. Szpitalna 11
Tel. 33 854-26-40 Faks 33 854-35-99, www.reumatologiczny.pl
K.R. 000000013969/01 Nr.KRS 0000174051

Oddział Reumatologiczny II

K.R. 000000013969/4280

KARTA INFORMACYJNA Z LECZENIA SZPITALNEGO

Nazwisko:	Imię:	Pesel: 570928
Adres:		
Oddz. NFZ	Śląski OW NFZ	Nr kg.: 4600/2014
		Nr k. oddziału: 830/2014

Przyjeździe: 14.10.2014 9:52 II Reumatologia

Wypis: 24.10.2014 10:50 II Reumatologia

ICD10: M13.0, M15.8, M80.8

Rozpoznanie zasadnicze/ kod:

M15.8 Inne choroby zwyrodnieniowe wielostawowe
Choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa

Rozpoznanie współistn. /kody:

M80.8 Osteoporoza z przebyłym złamaniem kompresyjnym trzonów Th7, Th9.

Epikryza z przyczyną wypisu

57-letnia pacjentka przyjęta z powodu bólu stawów kolanowych, skokowych, kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego, dolegliwości od kilku lat z nasileniem od kilku miesięcy.

W wywiadzie cieśń nadgarstka obustronnie (EMG 7.2013), osteopenia T-score kr L -1,6 (2.2014), w TK kręgosłupa piersiowego złamania kompresyjne trzonu Th7 i Th9 (7.2013), spondyloza lędźwiowa z wielopoziomową dyskopatią (1.2013), ostrogi obu kości piętowych (rtg 5.2014), borelioza leczona Doxycykliną (2.2014), nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, operacja przepukliny pępkowej.

W badaniu fizykalnym ból stawów kolanowych, kręgosłupa lędźwiowego, poszerzony obrys i ból prawego skokowego.

W badaniach laboratoryjnych niskie wartości wskaźników zapalenia (OB 13, CRP 0,9).

W rtg płuc bez zagęszczeń ogniskowych.

Na podstawie wywiadu, obrazu klinicznego, badań laboratoryjnych i obrazowych rozpoznano jw.

Leczenie

Polocard, Lokren, Diuresin, Acurenal, LaciPil, Symazide, Glucophage, Metformin, Calperos, Alfadiol, zabiegi i ćwiczenia usprawniające z poprawą.

Zalecenia

Dalsze leczenie pod kontrolą Por. Reumatologicznej, Rehabilitacyjnej, Diabetologicznej, Kardiologicznej.

Leczenie farmakologiczne: Ostenil 70 mg/tydz., Calperos 2x1 g/d, Vigantoletten 1000 j/d, Polocard 75 mg/d, Lokren 20 mg/d, Diuresin 1 tab/d, Acurenal 10 mg/d, LaciPil 2 mg/d, Symazide 30 mg/d, Glucophage 1500 mg/d.

Przepisane leki

Ostenil, Calperos, Vigantoletten - po 1 op.

Pacjent:

Pesel: 570928

Strona 1 / 4

Wzrost, waga, RR

- wzrost 155
- waga 80
- RR 135/80
- BMI 34

Pacjent:

Pesel: 570925

Strona 2 / 4

Wyniki badań laboratoryjnych

Kwas moczowy				
Kwas moczowy	6.0	mg/dL	2.0 - 6.0	15.10.2014
OB				
OB	13	mm/1h	3 - 12	15.10.2014
Mocz analiza ogólna				
Mocz analiza ogólna				
Bilirubina	NEG			15.10.2014
Urobilinogen	NORM			15.10.2014
Ciała ketonowe	NEG			15.10.2014
Glukoza	NEG	mg/dL		15.10.2014
Biako	NEG	mg/dL		15.10.2014
Erytrocyty	NEG			15.10.2014
pH	6.0		5 - 7	15.10.2014
Leukocyty	poj.			15.10.2014
Ciepota wt.	1.010	g/mL	1.015 - 1.025	15.10.2014
Nabłonki płaskie	poj.			15.10.2014
AspAT				
AspAT	28	U/L	< 31	15.10.2014
ALP [fosfatasa alkaliczna]				
ALP [fosfatasa alkaliczna]	88	U/L	42 - 98	15.10.2014
Fosforan nieorganiczny				
Fosfor nieorganiczny	3.6	mg/dL	2.7 - 4.5	15.10.2014
Kreatynina				
Kreatynina	0.57	mg/dL	0.50 - 1.10	15.10.2014
GFR wg MDRD	116	ml/min/1.7	> 60	15.10.2014
ALAT				
ALAT	29	U/L	< 34	15.10.2014
Glukoza				
Glukoza	107	mg/dL	74 - 106	15.10.2014
Wapń zjonizowany				
Wapń zjonizowany	1.20	mmol/L	1.16 - 1.32	15.10.2014
Morfologia krwi obwodowej				
WBC	6.6	10 ³ /uL	4.0 - 10.0	15.10.2014
RBC	3.90	10 ⁶ /uL	4.0 - 5.2	15.10.2014
HGB	13.0	g/dL	12.0 - 16.0	15.10.2014
HCT	37.9	%	33.0 - 46.0	15.10.2014
PLT	224	10 ³ /uL	150 - 400	15.10.2014
PCT	0.211	%	0.1 - 0.5	15.10.2014
MCV	97.2	fL	80 - 100	15.10.2014
MCH	33.3	pg	27 - 35	15.10.2014
MCHC	34.3	g/dL	32 - 37	15.10.2014
RDW	12.7	%	10 - 15	15.10.2014
MPV	9.4	fL	6.5 - 11	15.10.2014
PDW	10.4	fL	10 - 18	15.10.2014
LYM%	31.1	%	20 - 40	15.10.2014
NEU%	55.8	%	50 - 70	15.10.2014
LYM#	2.1	10 ³ /uL	1.0 - 4.5	15.10.2014
NEU#	3.7	10 ³ /uL	1.8 - 7.6	15.10.2014
MON%	10.7	%	2.0 - 10.0	15.10.2014
EOS%	2.2	%	0.0 - 5.0	15.10.2014
BAS%	0.2	%	0.0 - 2.0	15.10.2014
MON#	0.7	10 ³ /uL	0.1 - 1.0	15.10.2014
EOS#	0.1	10 ³ /uL	0.0 - 0.6	15.10.2014

Pacjent:

Pesel: 570928

Strona 3 / 4

BASf	0.0	10x3/uL	0.0 - 0.2	18.10.2014
CRP				
CRP	0.90	mg/dL	< 0.5	15.10.2014
Sód				
Sód	143	mmol/L	136 - 145	15.10.2014
Potas				
Potas	4.41	mmol/L	3.5 - 5.3	15.10.2014

EKG na sali chorych

Normogram, RZM 68/min,
dr n. med. M.Kapuśniak

klatka piersiowa PA+boczne lewe

Pola płucne są bez zagęszczeń ogniskowych
Wzmocniony jest rysunek zrzębu płuc okolowńękowo i w polach dolnych
Serce poszerzone w lewo, łuk aorty wydłużony, ze zwapnieniami
Zrosty przeponowo-opłucnowe
Obniżenie wysokości klinowate: zniekształcenie trzonów kręgów Th9, Th 8, Th7
Odczyny wytwórcze na krawędziach trzonów kręgów odcinka Tj/h kr
—
Agnieszka Wietrzny (9561846)

ŚLADY SZKIEŁA RECYKLOWANEGO
Prof. gen. J. Kłopotowski

Lekarz prowadzący:

Agnieszka Tobińska
specjalista chorób wewnętrznych
Specjalista neurolog
1083106

Kierownik Oddziału:
dr n. med. Marek Winiarski
specjalista chorób wewnętrznych
specjalista chorób wewnętrznych

Pacjent:

Rezer: 570928

Strona 4 / 4

SZPITAL MIEJSKI W RUDZIE ŚLĄSKIEJ SP. Z O.O.
NZOZ SZPITAL MIEJSKI W RUDZIE ŚLĄSKIEJ
Zakład Diagnostyki Obrazowej
Pracownia TK
41-703 Ruda Śląska ul. Lipa 2

OPIS BADANIA TK

Numer pacjenta: 120130 Płeć: K PESEL: 570928
Imię i nazwisko: Data ur.: 28.09.1957
Adres: Nr badania: 6303/17

Badanie: *TK klatki piersi* (Data ekspozycji: 07.08.2017)
Data badania: 07.08.2017

Badanie TK serca wykonano w protokole calcium score, fazie natywnej, techniką aksjalną.

Dane ze skierowania: Podejrzenie choroby wieńcowej.

W wykonanym badaniu TK uwidoczniło 164 jednostek Agatston zwapnień.
Rozkład zwapnień jest następujący:

- LAD 140 jednostek
- LCX 24 jednostki
- RCA 0 jednostek

Średnica aorty wstępującej wynosi: 38 mm.

Wnioski: Obliczony na podstawie wykonanego badania TK wskaźnik calcium score przemawia za umiarkowanym ryzykiem wystąpienia nagłego incydentu wieńcowego.

Lekarz opisujący:
MAGDALENA KORONA
Nr pr. wyk. zaw. (2543611)

Lekarz nadzorujący:
MAGDALENA KORONA
Nr pr. wyk. zaw. (2543611)

Lekarz konsultujący:

Mk Magdalena Korona
SPECJALISTA RADIOLOGII
DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
7.8.15.17

Ciśnienie krwi, puls

■ Pacjent

Wrzesień	Czas	SYS	DIA	Puls	MAP	PP	Komentarz	2017
18	Poniedziałek	09:00	122	63	78	83	59	
		09:30	125	69	78	88	56	
		10:00	138	79	83	99	59	
		10:30	102	43	76	63	59	
		11:00	114	67	71	83	47	
		11:30	98	58	68	71	40	
		12:00	150	80	69	103	70	
		12:30	123	70	62	88	53	
		13:00	139	73	63	95	66	
		13:30	112	67	63	82	45	
		14:00	103	60	61	74	43	
		14:30	148	84	76	105	64	
		15:00	128	76	85	93	52	
		15:30	130	76	73	94	54	
		16:00	108	73	81	85	35	
		16:30	115	72	71	86	43	
		17:00	138	78	71	98	60	
		17:32	134	86	71	102	48	
		18:00	152	100	73	117	52	
		18:30	139	78	81	98	61	
		19:01	124	78	78	93	46	
		19:30	122	71	69	88	51	
		20:00	136	72	76	93	64	
		20:30	115	70	65	85	45	
		21:00	137	70	75	92	67	
		21:30	116	64	66	81	52	
		22:00	109	66	65	80	43	
		23:00	101	57	60	72	44	
19	Wtorek	00:00	118	64	61	82	54	
		01:00	128	70	66	89	58	
		02:00	106	54	61	71	52	
		03:00	97	48	55	64	49	
		04:00	125	62	57	83	63	
		05:00	116	61	56	79	55	
		06:00	128	74	61	92	54	
		☀07:00	141	78	69	99	63	
		07:30	149	78	73	102	71	
		08:01	150	42	120	78	108	
		08:30	104	90	71	95	14	

570928

USG 2017/4223
CZ/U

1957

2017-09-22

USG KOLANA LEWEGO

ZMIANY ZWYRODNIENIOWE NA KRAWĘDZIACH POWIERZCHNI STAWOWYCH W PRZEDZIALE RZPKOWO-UDOWYM I SZCZEGÓLNIE PRZYŚRODKOWYM. DUŻA EKSTRUZJA I DEGENERACJA ŁĄKOTKI PRZYŚRODKOWEJ PRAWDOPODOBNIEM Z PĘKNIĘCIEM ZŁOŻONYM. ŚCIEŃCZAŁA CHRZĄSTKA NA KŁYKCIU PRZYŚRODKOWYM KOŚCI UDOWEJ Z DROBNYM UBYTKIEM NA POWIERZCHNI OBCIĄŻANEJ.

DO KONTROLNEGO BADANIA USG PROSZĘ PRZYNIEŚĆ POSIADANĄ DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ (OPISY I ZDJĘCIA USG).
TELEFON (0-32) 340-35-06 REJESTRACJA W GODZINACH 11:00-14:00

570928

USG Nr 2017/4315
CH/G

Pracownia Specjalistyczna
 Diagnostyka i Leczenie
 Chorób Serca i Naczyni
 PULMONOLOG
 ul. Armii Krajowej 20, 41-700 Łódź
 1957 10-00, 10-00 10-00 10-00
 Wzrost: 170 cm, Ciężar: 70 kg

2017-08-17

I. USG SERCA:

(M – MODE, 2D, DOPPLER: PW, CW, KOLOR)

LV (LEWA KOMORA):

- EDD (WYMIAR PÓŻNORÓZKURCZOWY):	53	N (35 – 57 MM)
- ESD (WYMIAR PÓŻNOSKURCZOWY):	37	N (20 – 40 MM)
- EDV (OBJĘTOŚĆ):	88	N (DO 100 ML)
- IVS (GRUBOŚĆ PRZEGRODY):	10	N (5 – 11 MM)
- LVPW (GRUBOŚĆ TYLNEJ ŚCIANY):	8	N (5 – 11 MM)
- LA (LEWY PRZEDSIÓNEK):		
- ESD	40	N (19 – 40 MM)
- POWIERZCHNIA	21	N (10 – 20 CM KW)

OCENA KURCZLIWOŚCI LV: BEZ ODCINKOWYCH ZABURZEŃ KURCZLIWOŚCI.
EF (FRAKCJA WYRZUTOWA):

55 N (> 50%)

RVOT1/2 (PRAWA KOMORA):

31/22 N (DO 32 MM)

RVIT (PRAWA KOMORA PROJ.4J)

36 N (DO 42 MM)

RA (PRAWY PRZEDSIÓNEK):

18 N (PW<14 CM KW)

OCENA KURCZLIWOŚCI RV: BEZ ODCINKOWYCH ZABURZEŃ KURCZLIWOŚCI

OSIERDZIE: PLYN NIEOBECNY

II. OCENA ZASTAWEK SERCA:

MV (ZASTAWKA MITRALNA):

- OPIS: PŁATKI NIECO POGRUBIAŁE.

- PRZEPŁYW: FAŁA E = 0,9 A = 0,9 M/S

- FAŁA ZWROTNA: V.C. 2,0 MM ORAZ 1,5 MM, ZASIĘG 2/3 +

AV (ZASTAWKA AORTY):

- OPIS: ZASTAWKA TRÓJPLATKOWA, PŁATKI NIECO POGRUBIAŁE, PIERŚCIEŃ WYSYCONY

- LVOT:

19 MM

- AORTA - ZATOKI VALSALVY:

26 MM

- AORTA WSTĘPUJĄCA:

26 N (20 – 37 MM)

- ŁUK AORTY:

25 MM

- CZĘŚĆ POZATKOWA AORTY ZSTĘPUJĄCEJ:

18 MM

- AORTA BRZUSZNA W CZĘŚCI PODPRZEPONOWEJ 17 MM, DAŁSZY ODCINEK NIEWIDOCZNY.

- NACZYNIENIE BEZ CECH ROZWARSTWIENIA NA UWIDOCZNIENYM ODCINKU AORTY

- GRADIENT: PG max

12 MM Hg

- FAŁA ZWROTNA: ŚLAD

TV (ZASTAWKA TRÓJDZIELNA):

- OPIS: BZ

- PRZEPŁYW: FAŁA E = 0,4

A = 0,5

M/S

- FAŁA ZWROTNA: ŚLAD

PV (ZASTAWKA PŁUCNA):

- OPIS: BZ

- SZEROKOŚĆ PNIA PŁUCNEGO:

22 MM

- ACT:

120 MILISEKUND

- V MAX:

0,8 M/S

- FAŁA ZWROTNA: ŚLAD

WNIOSKI:

JAKOŚĆ OBRAZOWANIA SŁABA PRZEGRODY SERCA CIĄGLE JAMY SERCA BEZ PATOLOGICZNYCH STRUKTUR.
ŚCIANA AORTY POGRUBIAŁA



Nazwisko i imię:

PESEL: 570928

Data urodzenia: 1957-09-28

Płeć: Kobieta

Adres:

Oddział: —

Poleśnia matryca: 2017-11-08 09:32 Przyjęcie materiału: 2017-11-08 10:00

Lekarz kierujący: MAGIERA MICHAŁ

KONTRAHENT ZLECAJĄCY: PRZYCHODNIA LEKARSKA S.C.
J.MORON-ŚWIERSCZE BRACHTEL-HONOROWICZ

MIEJSCE ODBIORU WYNIKU: (WAW) Prych. Wawelska, ul. Wawelska

Tryb: Ratunek

G6

Nr zlecenia 0151673301

**Badanie****Wynik:****WESTERN BLOT BORRELIA IGG**

WESTERN BLOT BORRELIA IGG

p100

VlsE

p58

p41

p39

OspA

OspC

p18

POZYTYWNY

negatywny

pozytywny

negatywny

negatywny

negatywny

negatywny

negatywny

pozytywny

Interpretacja wyniku badania WESTERN BLOT BORRELIA IGG:

NEGATYWNY jeden prążek poza VlsE powyżej wartości odcięcia

GRANICZNY VlsE lub jeden prążek + p41 większy lub równy wartości odcięcia

POZYTYWNY dwa prążki poza p41 większe lub równe wartości odcięcia

Data wyk.: 2017-11-08

WESTERN BLOT BORRELIA IGM

WESTERN BLOT BORRELIA IGM

p100

VlsE

p58

p41

p39

OspA

OspC

p18

NEGATYWNY

negatywny

negatywny

negatywny

negatywny

negatywny

negatywny

negatywny

negatywny

Interpretacja wyniku badania WESTERN BLOT BORRELIA IGM:

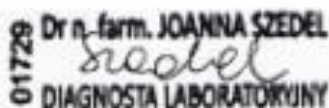
NEGATYWNY brak prążków poza p41 powyżej wartości odcięcia

GRANICZNY jeden prążek poza OspC lub p41 lub p18 większy lub równy wartości odcięcia

POZYTYWNY OspC lub p18 lub dwa inne prążki większe lub równe wartości odcięcia

Data wyk.: 2017-11-08

Wykonujący: DIAGNOSTA LABORATORYJNY dr n.farm. JOANNA SZEDEL


Dr n.farm. JOANNA SZEDEL
DIAGNOSTA LABORATORYJNY

* Dokument zawiera wyniki badań opatrzone bezpiecznym podpisem elektronicznym z certyfikatem kwalifikowanym KIR S.A.



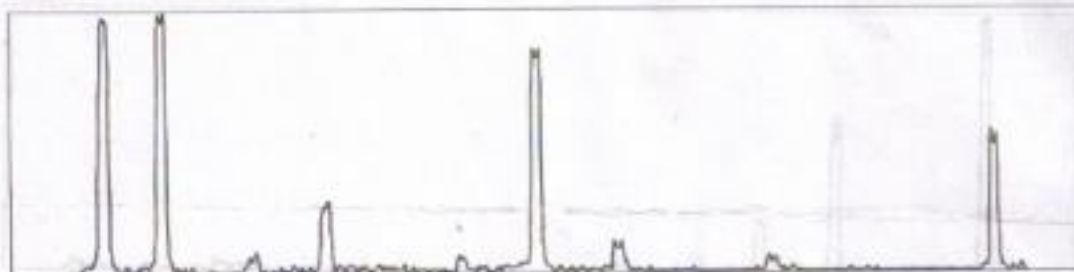
Data wydruku 2017-11-09

Strona 1 z 1

Date of birth: 01/01/2000

proposed interpretation
positive

Position: 2/3



Antigen	Class	Index	-	+/-	+	++	+++
p100	-	-					
VleE	3.0	3.0					
p58	-	-					
p41	-	-					
p39	-	-					
OspA	-	-					
OspC	-	-					
p18	1.9	1.9					

01729 Dr. n. farm. JOANNA SIEDEŁ
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
Sieniaturo

Przypadek 3 – kobieta, rocznik 1984

Szpital Pediatryczny
Pracownia Tomografii Komputerowej
43 – 300 Bielsko-Biała, ul. Sobieskiego 83
tel. 033-828-40-38
tel. 033-812-53-66

Badania wykonuje:
„Radiolodzy-Diagnostyka”
Grupowa Specjalistyczna Praktyka Lekarska s.c.
OIL 51-97-1-000010

MULTISLICE
PHILIPS
Brilliance 6

Wynik Badania Tomografii Komputerowej

Nazwisko i imię :

Data urodzenia : 27.01.1984

Sposób wykonania badania

Badanie TK kręgosłupa lędźwiowego i krzyżowego w odcinku L3 – S1 wykonano warstwami 6 x 2 mm wraz z wtórnymi wielopłaszczyznowymi rekonstrukcjami obrazu i projekcją 3-D.

Wynik badania

Linia obciążenia statycznego przesunięta do przodu, kość krzyżowa w ustawieniu poziomym.
Wymiar strzałkowy światła kanału kręgowego wynosi ok. 13,6mm na wysokości kręgu L-3.
Krążek L3-L4 bez cech dokanałowej patologii.
Krążek L4-L5 wnika dokanałowo szerokopodstawną pośrodkową wypukliną tarczy na głębokość ok. 4,6mm wyraźnie modeluje worek oponowy z obustronnym wnikaniem materiału wypukliny w obręb światła otworów międzykręgowych.
Trzon kręgu L5 wydaje się o cechach przejściowych, z ześliszgiem ku przodowi o ok. 5-6mm zarówno w stosunku do kręgu L4 jak i do S1 –cechy spondylolisthezy z obustronną spondylolizą.
Na poziomie L5-S1 krążek wystaje przednią wypukliną tarczy na ok. 4mm.
Otwory międzykręgowe L4-L5 o nieco węższym świetle, na pozostałych poziomach w badanym zakresie o szerokości w normie.

lek. med. ...
specjalista ...
...
...

Bielsko - Biała 07.12.2011

Lekarz badający

PESEL: 840127 • data ur. 27.01.1984 r.

4309/TK/2017 z dn. 01.08.2017 r.

TK kręgosłupa

Szpital Św. Łukasza BGL Sp. z o.o. S.K.A.
Poradnia chorób wewnętrznych
43-309 Bielsko-Biała, Bystrzańska 94B
Lekarz zlecający: lek. Tomasz Jędraszewski (9363893)
Data zlecenia: 25.07.2017 r.

Badanie TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego wykonano na aparacie 16-rzędowym w opcji spiralnej, warstwą 2,5mm, z retrorekonstrukcją 1,25mm, bez wzmocnienia kontrastowego, na poziomach od L1 do S1.

Dane ze skierowania: Spondylolisteza przednia L5-S1.

Kanał kręgowy prawidłowej szerokości w wymiarze strzałkowym.
Obniżenie przestrzeni międzykręgowej L5-S1.
Kręgozmyk (prawdziwy) L5-S1 (4mm).

Na wysokości przestrzeni międzykręgowej L1-L2, L2-L3 nie stwierdza się cech przepukliny ani wypukliny jądra miazdżystego. Kanały nerwów rdzeniowych wolne.

Na wysokości przestrzeni międzykręgowej L3-L4 widoczny jest obwodowy bulging pierścienia włknistego (1,6mm), zmiana dochodzi do worka oponowego, bez ewidentnych cech ucisku. Kanały nerwów rdzeniowych wolne.

Na wysokości przestrzeni międzykręgowej L4-L5 widoczna jest szerokopodstawna wypuklina (2,3mm), zmiana dochodzi do worka oponowego i dyskretnie modeluje go. Przewężenie kanałów nerwów rdzeniowych.

Na wysokości przestrzeni międzykręgowej L5-S1 widoczny jest ucisk na worek oponowy przez wpuklającą się dokałowo tylną - górną krawędź S1. Na poziomie wpuklającej się krawędzi kanał kręgowy zwężony w wymiarze strzałkowym do 11,5mm. Wąskie kanały nerwów rdzeniowych. Cechy niewielkiego vacuum phenomenon krążka międzykręgowego.

Wnioski:

Ucisk na worek oponowy przez wypuklinę lub wpuklającą się dokałowo tylną-górną krawędź na poziomach L4-S1. Kręgozmyk na poziomie L5-S1. Pozostałe wnioski zawarte w opisie.

Niniejszy dokument jest równoważny z jego cyfrowym oryginałem zarejestrowanym w systemie informacyjnym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9.11.2015 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, nie wymaga podpisu aut.

Strona: 1/2 • Data wydruku: 01.08.2017 • Pacjent: MONIKA GAWROŃSKA

Kierownik pracowni: lek. Mateusz Nowak

W przypadku pytań lub uwag dotyczących badania prosimy o kontakt z Kierownikiem Pracowni. Prawa autorskie do opisów i obrazów badań przysługują SCANIX Sp. z o.o. w restrukturyzacji (RPWD, nr księgi rejestrowej 00000025051), ul. PCK 10, 40-057 Katowice i są zastrzeżone. Udostępnianie może nastąpić zgodnie z wymogami ustawy z dnia 4.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

Dziękujemy za wybranie naszej pracowni diagnostycznej

Bielsko-Biala, dnia 21.09.2017r.

WYNIK BADANIA RTG

Numer zlecenia: 6148/2017

Nazwisko i imię:

PESEL: 840127

Adres zamieszkania: brak danych

Telefon:

Zlecił(a):

Płeć: K

Data urodzenia: 27.01.1984

System Medyx © Galus s.p. z o.o.

RTG kręgosłup szyjny ap+bok

Data i godzina badania: 21.09.2017 16:10:00

RTG kręgosłupa szyjnego a-p i boczne:

Splycenie fizjologicznej lordozy szyjnej.

Zwężenie przestrzeni m-k na poziomach C4/C5 i C5/C6.

Poza tym uwidocznione elementy kostne w badaniu rtg bez uchwytanych zmian.

Opisał(a):

Zaakceptował(a):

dr n. med.
Anna Korkusiewicz
SPECJALISTA RADIOLOG
91 555 46

Bielsko-Biala, dnia 21.09.2017r.

WYNIK BADANIA RTG

Numer zlecenia: 6147/2017

Nazwisko i imię:

PESEL: 8401271

Adres zamieszkania: brak danych

Telefon:

Zlecił(a):

Płeć: K

Data urodzenia: 27.01.1984

System Medyx © Galus s.p. z o.o.

RTG kręgosłup piersiowy a-p+bok

Data i godzina badania: 21.09.2017 16:30:00

RTG kręgosłupa piersiowego a-p i boczne:

Niewielkie esbówate skrzywienie odcinka piersiowego kręgosłupa.

Zaostrzenia przednich krawędzi trzonów kręgów w badanym zakresie.

Poza tym uwidocznione elementy kostne w badaniu rtg bez uchwytanych zmian.

Opisał(a):

Zaakceptował(a):

dr n. med.
Anna Korkusiewicz
SPECJALISTA RADIOLOG
91 555 46

NZOZ DIAKLIN Sp. z o.o.
laboratorium diagnostyczne

43-400 Cieszyń, ul. Bielska 4 tel. (33) 852 05 11 wew. 346

NIP 6342752769 REG. 241638990



1246017507005



AM 009

Zleceńiodawca: SZPITAL POD BUKAMI -

Lekarz kier.: GRYNKIEWICZ EDUARD

Odbiór wyników: DIAKLIN SP. Z O.O.

Pacjent:

PESEL: 840127

Płeć: K Wiek: 33 lata

Data urodzenia: 1984-01-27

Adres:

Data, godz. wydruku: 2017-10-07 12:53

Data, godz. rejestracji/przyjęcia: 2017-10-07 11:01

Opis zlecenia:

Badanie	Wynik	Jedn.	Zakres wartości ref.	Data wykonania
ASO (ICD-9: I79)	< 20.00	IU/ml	do 200.00	2017-10-07 12:10
Materiał: KREW ŻYLNĄ SUROWICA Data, godz. pobrania: 2017-10-07 08:46				
CRP (ICD-9: I81) A*	< 1.00	mg/l	do 5.00	2017-10-07 12:10
TUJ SOP NR 175 WYD. NR 05 Z DN. 2016-08-09 MET. TURBIDYMETR				
Materiał: KREW ŻYLNĄ SUROWICA Data, godz. pobrania: 2017-10-07 08:46				
RF (ICD-9: K21)	< 10.0	IU/ml	do 14.0	2017-10-07 12:10
Materiał: KREW ŻYLNĄ SUROWICA Data, godz. pobrania: 2017-10-07 08:46				
Redukcja roztworu: ST. TECH. ANAL. MED. KRYSZYNA PROTRÓWSKA				
O.B. (ICD-9: C59)	3	mm/h	3-10	
Materiał: KREW ŻYLNĄ PEŁNĄ Data, godz. pobrania: 2017-10-07 08:46				
Czas kaolinowo-kefalinowy (ICD-9: G11) **	30.90	sec.	25.00-38.00	2017-10-07 11:26
Materiał: KREW ŻYLNĄ OSOCZE Data, godz. pobrania: 2017-10-07 08:46				
Czas protrombinowy INR (ICD-9: G21) **				2017-10-07 11:26
WSK PROT.	100.76	%	80.00-120.00	
INR	0.99	INR	0.80-1.20	
Materiał: KREW ŻYLNĄ OSOCZE Data, godz. pobrania: 2017-10-07 08:46				
Morfologia krwi z płytkami (ICD-9: C53) **				2017-10-07 11:30
HGB	12.7	g/dL	11.2-15.7	
RBC	4.23	10 ⁶ /μL	3.80-5.80	
HCT	36.9	%	37.0-47.0	*[-]
MCV	87.20	fL	77.00-93.00	
MCHC	34.40	g/dL	32.00-37.00	
MCH	30.00	pg	27.00-33.00	
WBC	3.6	10 ³ /μL	3.8-10.0	*[-]

 PACJENT:
Zleceniodawca: SZPITAL POD BUKAMI

BADANIA WYKONANO Z POWIERZONEGO MATERIAŁU

Strona 1z1

Laboratorium ostrzega o niepewności pomiaru. Nadzorowane są składowe niepewności.

Data wydruku: 20-11-2017

Nazwisko i Imię: [REDACTED]

Pesel: 840127

Jednostka kierująca: **BADANIE PŁATNE PRZEZ PACJENTA**

Data pobrania: 18-11-2017

Data badania: 20-11-2017



0000464879

F14

SEROLOGIA

Badanie	Wynik	Jednostka	Zakres ref.	
			min	max
Odczyn Waalera-Rosego	18.0 [•]	IU/ml		6.0

Badanie wykonał

Katarzyna Talik

technik analityk

Wynik autoryzował

mgr Andrzej Krakowiak

DIAGNOSTA LABORATORYJNY 09851
analityk kliniczny

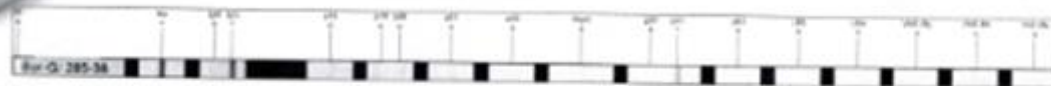
Bielsko-Biala, ul. Głęboka 12, tel. 33 816 47 83, www.factor.bielko.pl czynna: poniedziałek - piątek 7:30-18:00, sobota 9:00-12:00

FILIA: Bielsko-Biala, os. Złote Łany, ul. Jutrzenki 18, tel. 33 819 29 23, czynna: pn. - pt. 8:00-11:00

FILIA: Kęty, ul. Zwirki i Wigury 25, tel. 33 841 18 54, czynna: pn. - pt. 8:00-11:00, sb. 8:00-10:00

4234188
2017-11-21
2017-11-21

Test: EUROLINE Borrelia IgG
Pasek: 10
Nazwisko pacjenta:



Antygen	Intensywność	Klasa	0	(*)	+
VlsE Borrelia afzelii	2	0			
VlsE Borrelia burgdorferi	4	0			
VlsE Borrelia garinii	2	0			
Lipid Borrelia afzelii	0	0			
Lipid Borrelia burgdorferi	0	0			
p83	2	0			
Flagellin	48	+			
BmpA	3	0			
OspC	4	0			
BB_A34	2	0			
BB_K53	3	0			
BB_Q53	2	0			
BB_N35	4	0			
BB_P38	2	0			
Kontrola Konjugatu IgG	116	+			
Kontrola Konjugatu IgM	-1				
Pasma kontrolne	120	+			

Test	Wynik
EUROLINE Borrelia IgG	negatywny

Intensywność	Klasa	Objaśnienie
0 - 15	0	negatywny
16 - 25	(*)	Graniczne
26 - 255	+	pozytywny

Podpis:

16314 mgr KLAUDIA TEPPER
DIAGNOSTA LABORATORYJNY



Szpital Świętego Łukasza BGL Sp. z o.o. S.K.A.
Nr księgi rejestrowej: 0000000152878
PORADNIA REUMATOLOGICZNA
Kody resortowe V/VII/VIII - 01/037/1280
43-309 Bielsko-Biała, ul. Bystrzańska 94 b, tel. 338199510
REGON:243161232

Bielsko-Biała dn. 13.12.2017

KARTA INFORMACYJNA

Poradnia reumatologiczna

Nazwisko i Imię:

Data urodzenia: 27.01.1984

PESEL: 840127

Adres:

Data wizyty: 13.12.2017

Badanie

Od 5-6. 2017 bóle stawów, bez obrzeków. Przewlekłe na nic się nie leczy. W badaniach leukopenia WBC (3,6) pozostałe wyniki morf w normie, OB (3) CRP (N), RF ujemny, accp ujemne. Neguje zapalenie płucnej, zapalenie osierdzia, zapalenia nerek. W badaniu bez obrzeków stawów.

Rozpoznanie

M14.8 Artropatia w przebiegu innych chorób
leukopenia

Zalecenia

Zlecono ANA 2, TSH, fT3, fT4 Dalsze zalecenia po wynikach badań

dr n. med. Małgorzata Kapuśniak
specjalista chorób wewnętrznych
specjalista reumatolog
- 6196302 -

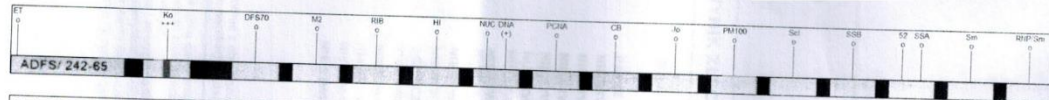
Pieczętka i podpis lekarza

Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.

Katowice, ul. Żelazna 1

ID pacjenta: 4231460
 Utworzony dnia: 2018-01-10
 Wyniki z: 2018-01-10

Test: Ana Profile3 plus DFS70
 Pasek: 9
 Nazwisko pacjenta: _____



Antygen	Intensywność	Klasa	o	(+)	+	++	+++
RNP/Sm	2	o					
Sm	0	o					
SS-A natywne (60 kDa)	1	o					
Ro-52 rekombinant	2	o					
SS-B	0	o					
Scl-70	2	o					
PM-Scl100	2	o					
Jo-1	4	o					
Centromer B	1	o					
PCNA	2	o					
dsDNA	10	(+)					
Nukleosomy	0	o					
Histony	2	o					
Rybosomalne białko P	0	o					
AMA-M2	1	o					
DFS70	2	o					
Pasma kontrolne	149	+++					

Intensywność	Klasa	Objaśnienie
0 - 7	o	negatywny
8 - 14	(+)	Graniczne
15 - 35	+	pozytywny
36 - 70	++	pozytywny
71 - 255	+++	Silnie pozytywny

dr APRIED MANASAR
 DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Podpis: _____

4231460

Przypadek 4 – kobieta, rocznik 1953



SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIAŁYMSTOKU
 Al. Armii Krajowej 101, 43-316 Białystok, tel. +48 22 810 20 00
 REGON: 08061986, NIP: 5471642468, nr Ks. Rejestracji: 000000013754
 10 Łotrzanów 122/150085
 Kody adresowe: Gł. V. 01, cz. VI: 1, cz. VII: 008, cz. VIII: 4220, cz. IX:
 ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY

Białystok-Słota, 2017-06-08

KARTA INFORMACYJNA Z LECZENIA SZPITALNEGO

DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię: _____

Data urodzenia: **1953-02-04** wiek 64 lat

Adres zamieszkania: _____

Grupa krwi: _____

DANE HOSPITALIZACJI:

Okres hospitalizacji: **2017-05-24 - 2017-06-06 (13 dni)** Księga Główna: **8377 / 2017**

POBYT ODDZIAŁOWY: ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY

Okres pobytu oddziałowego: **2017-05-24 - 2017-06-06 (13 dni)** Księga Oddziałowa: **449 / 2017**

ROZPOZNANIA:

G88 Inne zaburzenia układu nerwowego niesklasyfikowane gdzie indziej

Rozpoznanie opisowe:
 Obserwacja w kierunku choroby motoneuronu ruchowego.
 Dyslipidemia
 Guzki tarczycy do dalszej obserwacji

DANE WYPISOWE:

EPIKRYZA:
 Chora przyjęta z powodu zaburzeń mowy, niedowładu kończyn dolnych, zawrotów głowy i zaburzeń równowagi od roku, w ciągu trzech dni poprzedzających przyjęcie dolegliwości nasiliły się. Pacjentka do tej pory nie leczyla się z powodu chorób przewlekłych. W trybie pilnym wykonano TK głowy, poza uwspólnionymi blaszkami miazdzykowymi w tętnicach szyjnych, nie zobrazowano zmian patologicznych. Przy przyjęciu w badaniu neurologicznym - pacjentka przytomna, w kontakcie logiczno-słownym, objawy oponowe ujemne, źrenice równe, okrągłe, reaktywne, drętwienia lewej połowy twarzy, chwiejność lewego kąłka ust, mowa niewyraźna, łuszczykująca z języka, zbaczająca w prawo, kończyny górne bez niedowładu i ataksji, niedowład lewej kończyny dolnej osłabiony, zgęszczenie grzbietowe stopy lewej, bez ataksji, wygórowane odruchy - kończynowe. Diagnostykę poszerzono o EMG - parametry przewodzenia badanych nerwów prawidłowe, cechy uszkodzenia neurogennego w m. piszczelowym przednim, obszerne bocznym przewężenie, m. odwodniacza krótkim kciuka prawym, zapieś m. dwugłowego lewego ramienia z pogranicza normy. W mięśniu języka bez przerwy, m. odwodniacza krótkim kciuka prawym, zapieś m. dwugłowego lewego ramienia z pogranicza normy. W badaniach biochemicznych uwagę zwraca podwyższony poziom cholesterolu całkowitego jak i LDL oraz trójglicerydów. W ujęciu dopłor naczyń szły przepływy obustronnie prawidłowe, bez zaburzeń hemodynamicznych, uwidoczniono guzki tarczycy. Diagnostykę poszerzono o usg tarczycy- niepowiększona. W lewym płacie widocznych kilka niejednorodnych guzków największy o wym. 5x3 mm Ponadto guzek o ar. 11 mm zlokalizowany jest na pograniczu płata lewego i cieni tuż nad wcięciem mostka. Wykonano badanie MR mózgowia- wynik badania prawidłowy, bez ognisk patologicznego wzmocnienia kontrastowego, intensywność sygnałów prawidłowa. Chora obserwowana pod kątem choroby motoneuronu ruchowego. Z uwagi na obraz kliniczny wymaga dalszej obserwacji i kontrolnego EMG za kilka miesięcy. Pacjentkę w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu z dalszymi zaleceniami jak na karcie informacyjnej.

ZASTOSOWANE LECZENIE:
 ASA, Clexane, Gasec, Atrax, płyny miąższowe, fursarginum, estazolam.

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE:
 ESTAZOLAM 12Z

ZALECENIA LEKARSKIE:
 Atrax 80 mg 0-0-1
 Regularny pomiar ciśnienia tętniczego 2x dziennie.
 Dalsza leczenie i opieka pod kontrolą lekarza POZ, poradni neurologicznej, endokrynologicznej.
 Wykazana pilna konsultacja w poradni endokrynologicznej celem kwalifikacji do BAC zmiany guzowej tarczycy.
 Wykonane badanie EMG, przewodnictwa nerwowo-mięśniowego za kilka miesięcy.

PESEL: **530204**



KONSULTACJE:

2017-05-24 Konsultacja lekarska (wzr.) EWA KRUCZKOWSKA

Pacjent

Data dr: 1953-02-04 PESEL: 530204

ID_PAC: 476447

Strona 1 z 4



SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIAŁYMSTOKU
Al. Armii Krajowej 101, 43-315 Białystok, tel. +48 33 810 26 00
REGON: 070621560, NIP: 5471643468, nr Ks. Regonowej: 00000013784
Nr kontaktowy: 122100083
Kody resortowe: cz. V: 01, cz. VI: 1, cz. VII: 006, cz. VIII: 4220, cz. IX:
ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY

Białystok, 2017-06-08

Pacjentka 64-letnia skierowana do Oddziału Neurologii z powodu osłabienia siły mięśniowej po stronie lewej oraz zaburzeń mowy, które utrzymują się od 6 miesięcy. Od 3 dni znaczne nasilenie dolegliwości. Dotychczas wywiad chorobowy nieobciążony.

Pacjentka przytomna, w pełnym kontakcie logicznym, zorientowana auto- i otoczeniowo. Tętno regularne bez szmerów, akcja miarowa. Wydolna krążeniowo i oddechowo, bez duszności i bólów śródpiersiowych. Ciężkość przełyku nieobecna. Szmer pęcherzykowy symetryczny, bez dodatkowych zjawisk osłuchowych. Wypuk jawny. Brzuch miękki, niebolesny, bez oporów i objawów patologicznych, objaw Goldflamma ujemny obustronnie, perystaltyka obecna, wypuk bębniowy. Brak objawów oponowych. Żrenice okrągłe, symetryczne, reaktywne. Tętno obwodowe obecne, symetryczne, dobrze napięte. Brak obrzęków obwodowych. Ciężkość siły mięśniowej po stronie lewej. Ciężkość tętna normalna. Ciężkość krwi - 140/80 mmHg. ASM - 80/min EKG - rytm zatokowy miarowy 85/min, oś serca prawidłowa, zapis w granicach normy.

Dgn. Podejrzenie udaru mózgu.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE:

2017-06-02 MR GŁOWY Z KONTRASTEM

Badanie MR głowy wykonano aparatem GE SIGNA HDX 1,5 TESI w płaszczyznach poprzecznych, strzałkowych i czołowych w sekw. SE T1, FSE T2, T2 FLAIR, DWI oraz GRE 3D po dożylnym podaniu 8g kontrastu. Grubość warstw 1,5 mm i 5 mm.

Klinicznie: Niedowład lewych kończyn. Zaburzenia mowy.

Intensywność sygnałów istoty białej i szarej półkuli mózgu oraz przestrzeni płynowych w badaniu MR prawidłowa. Struktury tylnio-jamowe, wodociąg mózgu oraz komora IV prawidłowe. Ognisk patologicznego wzmocnienia kontrastowego w badaniu MR nie stwierdza się.

Wnioski:

Obraz MR mózgowia w gr. normy.

2017-06-25 RTG KLATKI PIERSIOWEJ

RTG klatki piersiowej p-a.

Pole płucne bez zapęszczeń ogniskowych.

Szylniki sercowo-naczyniowe w normie RTG.

2017-06-24 TK GŁOWY BEZ KONTRASTU

Nr 4475/17

Badanie TK głowy wykonano warstwami gr. 2,5 mm i 5 mm.

Dane ze skierowania: Niedowład połowiczny prawostronny od 6 miesięcy.

Cech krwawienia śródczaszkowego nie stwierdza się.

Poza tym tkanki mózgowe, przestrzenie płynowe oraz struktury kostne bez uchwytnej patologii w TK.

Struktury tylnio-jamowe i komora IV prawidłowe.

Uwapnione przyśrodkowe blaszki międzyszyjne t. szyjnych wew.

2017-06-24 TK GŁOWY BEZ KONTRASTU

Nr 4475/17

Badanie TK głowy wykonano warstwami gr. 2,5 mm i 5 mm.

Dane ze skierowania: Niedowład połowiczny prawostronny od 6 miesięcy.

Cech krwawienia śródczaszkowego nie stwierdza się.

Poza tym tkanki mózgowe, przestrzenie płynowe oraz struktury kostne bez uchwytnej patologii w TK.

Struktury tylnio-jamowe i komora IV prawidłowe.

Uwapnione przyśrodkowe blaszki międzyszyjne t. szyjnych wew.

2017-06-30 USG DOPPLER PRZECZASZKOWY (TCCD)

USG TCD

Obustronnie przez skroniowe udoznaczono fragmentarycznie naczyńia wewnątrzmożgowe z zachowanym, symetrycznym przepływem.

2017-06-30 USG DOPPLER TĘTNIC, ŻYL SZYJNYCH

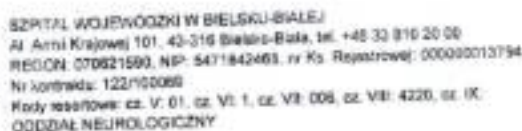
USG duplex tętnic szyjnych i kręgowych

Pacjent:

Wzrost: 155-62-64, PESSEL 53039

ID_PAC 474467

Strona 2 z 4



Obustronnie AGC, ACE i AGI prawidłowej szerokości bez zwężeń, z zachowanym przepływem, w AGI przepływ niskoporowy, bez zmian hemodynamicznych.

Prędkość przepływu krwi w tętnicy głównej: 27 cm/s, średnica ok. 4,1 mm.
Prędkość przepływu krwi w tętnicy szyjnej: 25 cm/s, średnica ok. 4,7 mm.

Guzi w sardzieli

2017-05-25 USG JAMY BRZUSZNEJ

2017-05-25 USG JAMY BRZUSZNEJ
Wątroba niepowiększona, jednorodna. Drogi żółciowe nieposzerzone

Wątroba niepowiększona, jednorodna. Drogi żółciowe niepatologiczne. Pęcherzyk żółciowy cienkościenny, echogeniczny, bez złogów.

Trzeźwość, nieobecność zmian w badaniu.

Trzustka. Niedrona bez zmian w badaniu.
(Objawy niekiedy wielkości i w położeniu prawidłowym bez widocznych cech zastój i obecności złożeń

Opis norki wielkodzi i w polozu
Arta bruzna nieposzerzona

2017-05-31 USG TARCZYCY

2017-05-31
LSCB INCISYOV

Prawy płat tarczyny o wymiarach ok. 45x14x11 mm, vol ok. 3,8 ml.

Prawy płat tarczyty o wymiarach ok. 45x14x11 mm, vol ok. 3,6 ml
Lewy płat tarczyty o wymiarach ok. 44x10x11 mm, vol ok. 3,7 ml

Tarczycę niepowiększoną.

W lewym płacie widocznych kilka niejednorodnych guzków największy o wym. 6x3 mm

W lewym płacie widocznych kilka niejednorodnych guzków największy o wym. 0,2x0,1 mm. Również guzki o dr. 0,1 mm zlokalizowany jest na pograniczu płata lewego i śledzi tuż nad wcięciem mostka

Ponadto guzik o br. 11 mm zlokalizowany jest w ciele CD.

Pracowny przepływ =
Płaj pracy jednorodny

Cień niepogrubiała.

BADANIA LABORATORYJNE:

2017-05-25 ALAT	23	U/L	[5 - 41]	2017-05-25 Fibrinogen	420	H	mg/dl	[160 - 400]
2017-05-25 aPTT	28.0	sek	[26 - 36]	2017-05-25 FOSFATAZA ALK.			U/L	[30 - 120]
2017-05-25 aPTT RATIO 1,0			[0.8 - 1.2]	2017-05-25 PT3	3.9		pmol/l	[3.1 - 6.0]
2017-05-25 ASPAT	29	U/L	[5 - 36]	2017-05-25 PT4	13.4		pmol/l	[12.0 - 22.0]
2017-05-25 BADANIE OGÓLNE MOCZU								
barwa	jasno żółty			2017-05-24 GFR	> 60	ml/min/1.73m2		
przejrzystość	przezroczysty			2017-05-24 GFR	> 60	ml/min/1.73m2		
ciężar właściwy	1015			2017-05-25 GFR	> 60	ml/min/1.73m2		
pH	6			2017-05-25 GOWP	14	U/L		[7 - 32]
białko	nieobecne	mg/dl		2017-05-24 GLUKOZA W SUROWICY				
glukoza	nieobecna	g/dl		GLUKOZA	87	mg/dl		[70 - 99]
urobilinogen	w normie	mg/dl		2017-05-24 GLUKOZA W SUROWICY				
bilanubina	nieobecna			GLUKOZA	87	mg/dl		[70 - 99]
ciepota	nieobecna	mg/dl		2017-05-25 GLUKOZA W SUROWICY				
amoniak	nieobecna			GLUKOZA	87	mg/dl		[70 - 99]
Opis moczu								
Natlości - płaskie - pojedyncze w polu widzenia				2017-05-24 KREATYNYNA 0.48		L	mg/dl	[0.5 - 1.1]
Leukocyty - pojedyncze w polu widzenia				2017-05-24 KREATYNYNA 0.48		L	mg/dl	[0.5 - 1.1]
Erytrocyty - śladowe - pojedyncze w polu widzenia				2017-05-25 KREATYNYNA 0.48		L	mg/dl	[0.5 - 1.1]
Erytrocyty - wykugowane - pojedyncze w polu widzenia				2017-05-25 Kwas MOCZOWY		3.5	mg/dl	[2.4 - 5.7]
linie - śladowe - bardzo rzadkie w polu widzenia				2017-05-24 MORFOLOGIA				
	0.3	mg/dl	[0.2 - 1.0]	WBC	6.1	10 ³ /mm ³		[4.0 - 10.0]
2017-05-25 BILIRUBINA CAŁK.	50	mg/dl	[> 45]	RBC	3.64	L	10 ⁶ /mm ³	[4.0 - 5.2]
2017-05-25 CHOLESTEROL HDL	202	mg/dl		HGB	12.6	g/dl		[12.0 - 15.7]
2017-05-25 CHOLESTEROL LDL				HCT	37.5	%		[35 - 47]
interpretacja wyniku wg. zaleceń PTK i PTDL:				MCV	98	H	um3	[80 - 95]
				MCH	32.7	pg		[28 - 33]
<110 mg/dl - u osób zdrowych i z małym ryzykiem sercowo-naczyniowym				MCHC	33.6	g/dl		[33 - 36]
<100 mg/dl - u osób z dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym				Płytki /mm ³	253	%		[150 - 400]
<70 mg/dl - u osób z bardzo dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym				PCV	0.18	%		[0.15 - 0.34]
				RDW	13.5	%		[11.5 - 14.5]
				MPV	7.2	L	um3	[9.0 - 12.0]
				PDW	13.2	%		[9.8 - 15.2]
				2017-05-24 MORFOLOGIA				
zawiesina serca i udarte mózgu				WBC	6.1	10 ³ /mm ³		[4.0 - 10.0]
2017-05-25 CHOLESTEROL CAŁK.	300	H	mg/dl	RBC	3.64	L	10 ⁶ /mm ³	[4.0 - 5.2]
2017-05-24 CRP	1.55	mg/l	[0.0 - 5.0]	HGB	12.6	g/dl		[12.0 - 15.7]
2017-05-24 CRP	1.55	mg/l	[0.0 - 5.0]	HCT	37.5	%		[35 - 47]
2017-05-25 CZAS PROTRONBINOWY								
INR	1.1		[0.8 - 1.2]	MCV	98	H	um3	[80 - 95]
Czas referencyjny	12.1	sek		MCH	32.7	pg		[28 - 33]
PT_CZAS	12.8	sek	[12.0 - 14.0]	MCHC	33.6	g/dl		[33 - 36]
PT_WSK	95	%	[80 - 120]					

Abstract:

1953-02-04 PESL 930204

Q_PAC: 476847

Strong 3 ± 4



SZPITAL WOJEWÓDZKI W BIELSKU-BIAŁEJ
Al. Armii Krajowej 101, 43-316 Bielsko-Biała, tel. +48 33 810 20 00
REGON: 070821990, NIP: 5471842458, ry. Ks. Rejestracji: 000005013704
Nr konta: 122100069
Kody resortowe: cz. V: 01, cz. VI: 1, cz. VII: 005, cz. VIII: 4220, cz. IX:
ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY

Bielsko-Biała, 2017-06-08

Pykto krwi	250	10 ⁹ /mm ³	[150 - 400]	ROW	12,7	%	[11,5 - 14,5]
PCT	0,18	%	[0,16 - 0,34]	MPV	9,9	um3	[9,0 - 12,5]
RDW	13,5	%	[11,5 - 14,5]	PDW	10,8	%	[9,5 - 16,2]
MPV	7,2 L	um3	[9,0 - 12,5]	2017-05-25 OB (Odczyn Biernackiego)			
PDW	12,2	%	[9,5 - 16,2]	OB po 1h	30,0 H	mm	[0 - 80]
2017-05-26 MORFOLOGIA				OB po 2h	75,0 H	mm	[0 - 150]
WBC	4,4	10 ⁹ /mm ³	[4,0 - 10,0]	2017-05-24 POTAS	3,9	mmol/l	[3,5 - 5,1]
RBC	3,75 L	10 ⁶ /mm ³	[4,0 - 5,2]	2017-05-24 POTAS	3,9	mmol/l	[3,5 - 5,1]
HGB	12,3	g/dl	[12,0 - 15,3]	2017-05-25 POTAS	4,4	mmol/l	[3,5 - 5,1]
HCT	35,2	%	[35 - 47]	2017-05-24 SÓD	138	mmol/l	[135 - 145]
MCV	94	um3	[80 - 96]	2017-05-24 SÓD	138	mmol/l	[135 - 145]
MCH	32,7	pg	[28 - 32]	2017-05-25 SÓD	140	mmol/l	[135 - 145]
MCHC	34,9	g/dl	[33 - 36]	2017-05-25 TRÓJGLICERYDY	255 H mg/dl	[<150]	
Pykto krwi	229	10 ⁹ /mm ³	[150 - 400]	2017-05-25 TSH	3,74	µU/ml	[0,27 - 4,20]
PCT	0,23	%	[0,16 - 0,34]				

DAWKOWANIE LEKÓW NA RECEPTACH:

ATROX [TABL. POWŁ.] 0,08 G

LEKARZ WYPISUJĄCY:

[Podpis]
Gach

(pieczęć i podpis)

KIEROWNIK ODDZIAŁU:

[Podpis]
ORDYNATOR
ODDZIAŁU NEUROLOGICZNEGO
Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
dr med. *[Podpis]* Rafał Jurek

(pieczęć i podpis)

Potwierdzam odbiór Karty Informacyjnej:

(data i czytelny podpis)

Starannie przechowywać i okazywać w razie potrzeby dalszego leczenia.



Nr książki rejestrowej Podmiotu Lekarskiego: 00000035831

MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYKA
Brodzińskiego 5, 43-300 Bielsko-Biała Związek Diagnostyki Laboratoryjnej (B63)

SPRAWOZDANIE Z BADAŃ

Zleceniodawca:	BADANIA PŁATNE	Kod kontrahenta:	1
Ordynator:	PP Piskudskiego	Kod oddziału:	10006
Leczący lekarz:	-	Data obj.: 2017-07-10	
Osoba wykonująca:	ODBIÓR OSOBISTY	Data godz. odbioru:	2017-07-10 10:44
Pacjent:		PCSEL:	630204
Adres:		Data ur.: 1953-02-04	
		Płeć:	Żeńska
Badanie	Wynik	Jedn.	Zakres referencyjny LWW**

Borrelia burgdorferi (borelioza) (ICD-9: 821) ¹

Przeciwciała w kl. IgG	10,16	AU/ml	-
Wynik ujemny < 10 AU/ml			
Wynik wątpliwy 10-15 AU/ml			
Wynik dodatni > 15 AU/ml			

Interpretacja wyniku musi uwzględniać stan kliniczny i status epidemiologiczny pacjenta

Badanie wykonano metodą CLIA na analizatorze Liaison.

Borrelia burgdorferi (borelioza) (ICD-9: 823) ²

Przeciwciała w kl. IgM	<2,006	AU/ml	-
Wynik ujemny < 10 AU/ml			
Wynik wątpliwy 10-22 AU/ml			
Wynik dodatni > 22 AU/ml			

Interpretacja wyniku powinna uwzględnić stan kliniczny i status epidemiologiczny pacjenta

Badanie wykonano metodą CLIA na analizatorze Liaison.

Informacje dodatkowe

Badanie	Data	Miejsce	Analizowany / na "MAZD"***	Wykonano
1	Data obj.: przyjęcie próbki: 2017-07-10 15:02	BIUROVICA	M. GRABIEC, 11344	Diagnostyka Sp. z o.o., MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYKA, Mikołowska 53, 40-085 Katowice
	Data wykonania: 2017-07-10			
	Data godz. wydania: 2017-07-10 19:42:33			
2	Data obj.: przyjęcie próbki: 2017-07-10 15:02	BIUROVICA	M. GRABIEC, 11344	Diagnostyka Sp. z o.o., MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYKA, Mikołowska 53, 40-085 Katowice
	Data wykonania: 2017-07-10			
	Data godz. wydania: 2017-07-10 19:42:33			

Strona: 1 z 2

mgr Anna Jurkiewicz
Jurkiewicz
DIAGNOSTA LABORATORYJNY

Data wygenerowania protokołu: 2017-07-10 20:50:05
Wersja: 000 000 000 000

* Oznacza, że zastosowano metody przybliżone do przedziału wiekowego. Numery podane na wyniku oznaczają się do osób dorosłych, jeżeli nie występują inne dane. Szczegółowe informacje metodologii badań dostępne są w laboratorium.

** LWW - Laboratorium Interpretacja Wyniku, H - powyżej zakresu referencyjnego, L - poniżej zakresu referencyjnego;
Dowiedz się więcej: www.lww.pl

ID pacjenta: 4239069
 Utworzony dnia: 2017-08-08
 Wyniki z: 2017-08-08

Test: Borrelia EUROLINE RN-AT adv IgM
 Pasek: 34
 Nazwisko pacjenta:



Antygen	Intensywność	Klasa	0	(+)	+
Vi&B Borrelia burgdorferi	2	0			
Flagellin Borrelia afzelii	2	0			
BmpA Borrelia burgdorferi	2	0			
OspC Borrelia afzelii	2	0			
OspC Borrelia burgdorferi	2	0			
OspC Borrelia garinii	2	0			
OspC Borrelia spielmanii	2	0			
Kontrola Konjugatu IgG	-1				
Kontrola Konjugatu IgM	116	+			
Pasek kontrolny	160	+			

Test	Wynik
Borrelia EUROLINE RN-AT adv IgM	negatywny

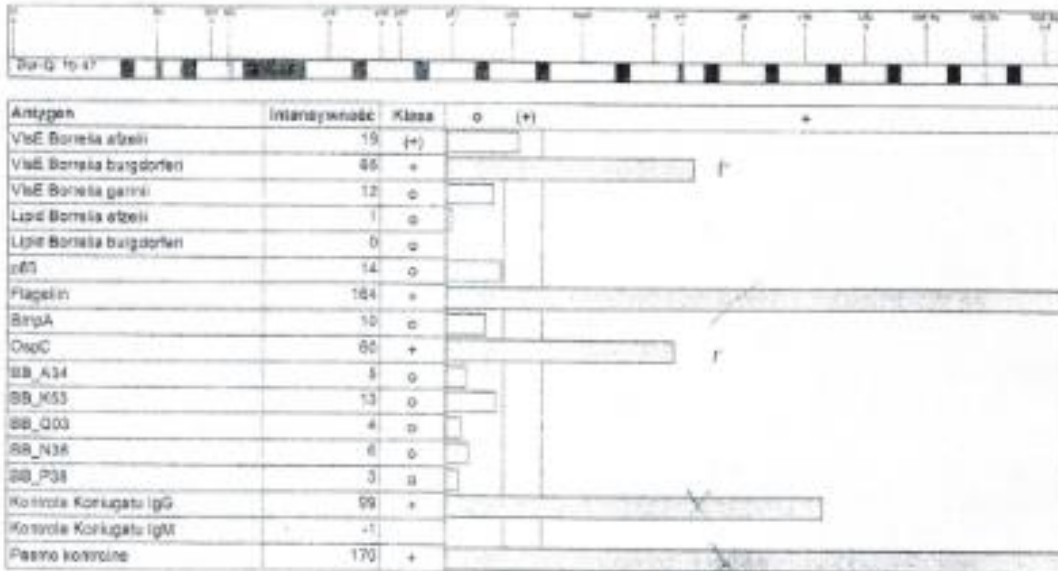
Intensywność	Klasa	Ocjenienie
0 - 15	0	negatywny
16 - 25	(+)	Graniczne
26 - 256	+	pozytywny

mgr KLAUDIA TERP
 DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Podpis:

ID pacjenta: 4236653
 Utworzony dnia: 2017-08-06
 Wyniki z: 2017-08-06

Test: EUROLINE Borrelia IgG
 Pasek: 11
 Nazwisko pacjenta:



Test	Wynik
EUROLINE Borrelia IgG	pozytywny

Intensywność	Klasa	Objaśnienie
0 - 15	0	negatywny
16 - 25	(+)	Ograniczone
26 - 255	+	pozytywny

CAW

16314 mgr KLAUDIA TEPER
 DIAGNOSTA LABORATORYJNY

Podpis



Zespół Zakładów

Opieki Zdrowotnej

w Cieszymie

Oddział Obserwacyjno -
Zakaźny

Kod res. cz. VII: 046

ul. Bielska 4, 43-400 Cieszyń

tel. (33) 852 95 11

Nr księgi rejestrowej: 00000014118 Kod res. cz. V: 01 – Szpital Śląski

KARTA INFORMACYJNA Z POBYTU SZPITALNEGO

Nr księgi gt. 20048/2017

Cieszyń

Imię i nazwisko:

Data ur. 1953-02-04

zamieszkały(a):

PESEL: 530204

przebywał(a) w oddziale

od 2017-08-16 do 2017-08-18

ROZPOZNANIE:**Bóle kończyn****M79.6****LECZENIE:****Leczenie farmakologiczne**

Riluzol

Leczenie inwazyjne

03.311 Nakłucie lędźwiowe w celu pobrania płynu mózgowo-rdzeniowego (2017-08-17)

Badania diagnostyczne

89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta (2017-08-17) 89.55 Fonokardiogram z ekg (2017-08-16) 90.09 Badanie mikroskopowe materiału z układu i płynu mózgowo-rdzeniowego - inne badania mikroskopowe (2017-08-17)

EPIKRYZA:

Pacjentka 64-letnia leczona neurologicznie z rozpoznaniem stwardnienia zanikowego bocznego sklerowana do Oddziału z podejrzeniem zajęcia układu nerwowego w przebiegu boreliozy. W wywiadzie od maja b.r. zaburzenia mowy, trudności w polykaniu, osłabienie siły mięśniowej w kończynach dolnych i zaburzenia chodu, ponadto od roku zawroty głowy i zaburzenia równowagi. Z tego powodu na przełomie maja i czerwca b.r. hospitalizowana w Oddziale Neurologii Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej z podejrzeniem choroby motoneuronu ruchowego. Do leczenia włączono riluzol. Ambulatoryjnie w lipcu b.r. wykonano badania w kierunku boreliozy- wynik graniczny w klasie IgG metoda Elisa w teście potwierdzenia dodatni Ospe i Vlse co nie spełniało serologicznych kryteriów rozpoznania czynnej przewlekłej boreliozy. W badaniu fizykalnym przy przyjęciu fascykulacje w obrębie języka i dodatnia próba Romberga. W badaniach laboratoryjnych ujemne CRP, stężenie kwasu moczowego w normie, podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego i frakcji LDL, obniżone stężenie witaminy D (25,8 ng/ml, przy dolnej granicy normy 30). Powtórzono badania w kierunku boreliozy – ujemne w obu klasach. Wykonano punkcję lędźwiową – w badaniu ogólnym płynu mózgowo-rdzeniowego bez zmian zapalnych, badania w kierunku boreliozy w płynie w toku. Dalsze postępowanie do ustalenia po wynikach badań. Wypisano do domu z zaleceniami jak niżej.

LEKARZ WYPISUJĄCY:

ODEBRAŁ:

ORDYNATOR:

Kraków, dn: 01/02/2018
 Data wizyty: 01/02/2018

INFORMACJA DLA LEKARZA KIERUJĄCEGO/POZ

Pani: ! PESEL: 530204
 Pozostaje w stałym leczeniu w tutejszej Poradni od:
 Rozpoznanie główne: Stwardnienie boczne zanikowe (G12.2)
 Rozpoznanie współistniejące: Inne określone nieprawidłowe wyniki badań
 immunologicznych surowicy krwi (R76.8)
 Opis udzielonego świadczenia:

Pacjentka do diagnostyki różnicowej z powodu dodatnich p-wciał
 ANA w przebiegu różnicowania stwardnienia zanikowego. W bad. panel
 onkoneuronalny ujemny. Borelioza wykluczona. ANCA ujemne.
 Białko monoklonalne ujemne. PMR - bez zmian, nie ma inf o ew
 syntezie endogennej p-wciał. P wciał p receptorowi ACH ujemne.
 W wykonanych badaniach nie stwierdzono autoimmunizacji. Graniczne
 miana 1:160, typ ziarnisty i cytoplazmatyczny, bez specyficznych
 przeciwciał nie są związane z objawami, a raczej przebiegi
 infekcjami - w załączeniu liczne badania serologiczne które chora
 wykonała samodzielnie. W porównaniu do poprzednich badań ANA miano
 jest niższe, ale to próbki z innego laboratorium a w metodzie
 immunofluorescencji świecenie może być różnie interpretowane.

Wytyczne dotyczące dalszego postępowania medycznego:
 Nie wymaga aktualnie leczenia w poradni specjalistycznej;
 poradnia immunologiczna

Wskazówki dla lekarza kierującego:

1. w zakresie diagnostyki:
 Zwraca uwagę podniesiona frakcja gammaglobulin - 19,4% (14,6g/l
 -poliklonalna. Być może to efekt przebytej mycoplasmy lub
 chlamydiozy (igG dodatnie).

2. w zakresie farmakoterapii:

dr n. med. Przemysław Borowy
 specjalista chorób wewnętrznych
 immunologii klinicznej
 medycyny rodzinnej
 9762058 980608593

Nazwisko i imię pacjenta:

Miejsce zamieszkania/oddział:

Jednostka zlecająca:

prywatne

PESEL: 530204

Data urodzenia: 04.02.1953

Badany materiał: surowica krwi

Płeć: K

Data otrzymania próbki: 08.01.2018

Data wykonania badania: 19.01.2018

Nr zlecenia: 134 G

Nr badania: 23

**INFORMACJA O WYNIKU BADANIA SEROLOGICZNEGO W KIERUNKU
CHLAMYDIA (CHLAMYDOPHILA) PNEUMONIAE**

Przeciwciała przeciw *Chlamydia pneumoniae* w klasie IgG

Indeks pozytywności 4,93

Przeciwciała przeciw *Chlamydia pneumoniae* w klasie IgA

Indeks pozytywności 3,39

Przeciwciała przeciw *Chlamydia pneumoniae* w klasie IgM

Indeks pozytywności 0,20

Wartości referencyjne:

Indeks pozytywności poniżej 0,8 – wynik ujemny

Indeks pozytywności od 0,8 do 1,1 – wynik graniczny

Indeks pozytywności powyżej 1,1 – wynik dodatni

UWAGI:

Badanie wykonane techniką ELISA. Wartości referencyjne podane zgodnie z instrukcją producenta testu.

Komentarz do badania:

Wynik testu dodatni w klasach IgG i IgA oraz ujemny w klasie IgM.

Wynik badania wskazuje na aktywne przewlekłe zakażenie *Chlamydia pneumoniae*.

Dr hab. n. med. Tomasz Wielkoszyński
LEKARZ-DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista diagnostyki laboratoryjnej
ID ZUS: 1399564 nr wpisu KIDL: 07319

Podpis:

Nazwisko i imię pacjenta:

Miejsce zamieszkania/oddział:

Jednostka zlecająca: prywatne

PESEL: 530204

Data urodzenia: 04.02.1953

Badany materiał: surowica krwi

Płeć: K

Data otrzymania próbki: 08.01.2018

Data wykonania badania: 19.01.2018

Nr zlecenia: 134 G

Nr badania: 23

**INFORMACJA O WYNIKU BADANIA SEROLOGICZNEGO W KIERUNKU
MYCOPLASMA PNEUMONIAE**

Przeciwciała przeciw *Mycoplasma pneumoniae* w klasie IgG
Indeks pozytywności – 2,31

Przeciwciała przeciw *Mycoplasma pneumoniae* w klasie IgA
Indeks pozytywności – 2,18

Przeciwciała przeciw *Mycoplasma pneumoniae* w klasie IgM
Indeks pozytywności - 0,54

Wartości referencyjne:

Indeks pozytywności poniżej 0,8 – wynik ujemny

Indeks pozytywności od 0,8 do 1,1 – wynik graniczny

Indeks pozytywności powyżej 1,1 – wynik dodatni

Badanie wykonane techniką ELISA. Wartości referencyjne podano zgodnie z instrukcją producenta testu.

Komentarz do badania:

Wynik testu dodatni w klasach IgG i IgA oraz ujemny w klasie IgM.

Wynik badania wskazuje na przewlekłe aktywne zakażenie *Mycoplasma pneumoniae*.

Dr hab. n. med. Tomasz Wielkoszyński
LEKARZ-DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista diagnostyki laboratoryjnej
ID ZUS: 1399564 nr wpisu MDL-07329

Podpis:

Nazwisko i imię pacjenta:

Miejsce zamieszkania/oddział:

Jednostka zlecająca:

prywatne

PESEL: 530204

Data urodzenia: 04.02.1953

Badany materiał: surowica krwi

Pieć: K

Data otrzymania próbki: 08.01.2018

Data wykonania badania: 19.01.2018

Nr zlecenia: 134 G

Nr badania: 15

**INFORMACJA O WYNIKU BADANIA SEROLOGICZNEGO W KIERUNKU
ZAKAŻENIA *Babesia* Sp.**

Przeciwciała przeciw antygenom	Indeks pozytywności dla klasy IgG	Wynik	Indeks pozytywności dla klasy IgM	Wynik
<i>Babesia microti</i>	0,86	Ujemny	0,57	Ujemny
<i>Babesia bovis</i>	1,54	Dodatni	0,70	Ujemny
<i>Babesia equi</i>	0,48	Ujemny	0,84	Ujemny

Interpretacja wyników dla przeciwciał klasy IgG:

Indeks pozytywności poniżej 1,0 - wynik ujemny
Indeks pozytywności 1,0 - 1,2 - wynik graniczny
Indeks pozytywności powyżej 1,2 - wynik dodatni

Interpretacja wyników dla klasy IgM:

Indeks pozytywności poniżej 6 - wynik ujemny
Indeks pozytywności 6 - 7 - wynik graniczny
Indeks pozytywności powyżej 7 - wynik dodatni

UWAGI:

Badanie wykonane techniką ELISA z wykorzystaniem syntetycznych peptydów reprezentujących immunodominujące determinanty antygenowe *Babesia microti*, *Babesia bovis* i *Babesia equi*.

Badanie wykonano testem niedopuszczonym do diagnostyki *in vitro* (RUO - Research Use Only) - wynik może mieć jedynie charakter pomocniczy w ustaleniu rozpoznania.

Stwierdzenie przeciwciał IgG nie może być jedynym wykładnikiem aktywności zarażenia. Aktywne zarażenie powinno zostać potwierdzone badaniami parazytologicznymi krwinek czerwonych lub pozytywnymi wynikami badań PCR.

Dr hab. n. med. Tomasz Wielkoszyński
LEKARZ-DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista diagnostyki laboratoryjnej
ID ZLIS: 1399564 - nr wpisu KIDL: 07319

Podpis : _____

www.wielkoszynski.webity.pl
tel./fax 32 797-32-50
REGON 140077228

twielkoszynski@interia.pl
NIP 626-142-43-20
Kto pol. 57700

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRACOWNIA LEKARSKA
dr hab. n. med. Tomasz Wielkoszyński
specjalista diagnostyki laboratoryjnej
41-902 BYTOM, ul. Żołnierza Polskiego 7

Nazwisko i imię pacjenta:

Miejsce zamieszkania/oddział:

Jednostka zlecająca: prywatne

PESEL: 530204

Data urodzenia: 04.02.1953

Badany materiał: surowica krwi

Płeć: K

Data otrzymania próbki: 08.01.2018

Data wykonania badania: 19.01.2018

Nr zlecenia: 134 G

Nr badania: 16

INFORMACJA O WYNIKU BADANIA SEROLOGICZNEGO W KIERUNKU ZAKAŻENIA *YERSINIA ENTEROCOLITICA*

Przeciwciała przeciw *Yersinia enterocolitica* w klasie IgG
indeks pozytywności - 2,58

Wartości referencyjne:

Indeks pozytywności poniżej 0,8 – wynik ujemny
Indeks pozytywności od 0,8 do 1,1 – wynik graniczny
Indeks pozytywności powyżej 1,1 – wynik dodatni

UWAGI:

Wartości referencyjne podano zgodnie z instrukcją producenta testu.
Badanie wykonane techniką ELISA z wykorzystaniem jako antygenów białek wydzielniczych YOP patogennych dla człowieka szczepów pałeczek *Yersinia enterocolitica*.
W przypadku dodatniego lub granicznego wyniku badania istnieje możliwość wykonania testu potwierdzenia techniką immunoblot oraz ocena aktywności zakażenia poprzez wykrycie swoistych przeciwciał klasy IgA.

Komentarz do badania:

Wynik badania dodatni.

Wskazane potwierdzenie zakażenia testem Western-Blot.

Wskazane wykonanie testu różnicującego gatunki yersini.

Dr hab. n. med. Tomasz Wielkoszyński
LEKARZ-DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista diagnostyki laboratoryjnej
ID ZUS: 1399564 nr wpisu KID: 07319

Podpis : _____

www.wielkoszynski.webity.pl
tel./fax 32 797-32-50
e-mail: biuro@wielkoszynski.pl

twielkoszynski@interia.pl
NIP 626-142-45-20
Nr rej. K7700

Nazwisko i imię pacjenta:

Miejsce zamieszkania/oddział:

Jednostka zlecająca: prywatne

PESEL: 530204

Data urodzenia: 04.02.1953

Badany materiał: surowica krwi

Płeć: K

Data otrzymania próbki: 08.01.2018

Data wykonania badania: 12.01.2018

Nr zlecenia: 134 G

Nr badania: 15

Informacja o wyniku badania serologicznego w kierunku zakażenia *Bartonella* sp.

Gatunek <i>Bartonella</i>	Indeks pozytywności w klasie IgG	Wynik
<i>B. elizabethae</i>	0,73	Ujemny
<i>B. henselae</i>	0,83	Graniczny
<i>B. alsatica</i>	0,85	Graniczny
<i>B. vinsonii</i> subsp. <i>berkhoffii</i>	0,97	Graniczny
<i>B. vinsonii</i> subsp. <i>arupensis</i>	0,68	Ujemny
<i>B. quintana</i>	0,85	Graniczny

Wartości referencyjne:

Indeks pozytywności poniżej 0,8 – wynik ujemny

Indeks pozytywności od 0,8 do 1,2 – wynik graniczny (względny)

Indeks pozytywności powyżej 1,2 – wynik dodatni

Uwagi do badania:

1. Badanie wykonane techniką ELISA z wykorzystaniem natywnych antygenów *Bartonella* sp. w klasie IgG.
2. Pozytywny wynik badania (obecność przeciwciał w klasie IgG) nie może być jednoznacznym dowodem aktywnego zakażenia bakteriami z rodzaju *Bartonella*. Przeciwciała klasy IgG mogą występować po przechorowaniu ostrej fazy zakażenia. W celu potwierdzenia aktualnego zakażenia wskazane jest poszukiwanie przeciwciał klasy IgM lub IgA, izolacja bakterii z materiału klinicznego lub uzyskanie pozytywnego wyniku badania metodami biologii molekularnej (PCR) oraz ocena kliniczna. W ostrej fazie zakażenia obserwuje się również wyrabny wzrost miana przeciwciał klasy IgG oznaczanych w odstępie 2-3 tygodni (znamienny wzrost wartości indeksów pozytywności).
3. W danych z półmionictwa przeciwciała klasy IgG cechuje reaktywność krzyżowa wobec bakterii z rodzaju *Bartonella*. Pozytywne wyniki uzyskane wobec kilku gatunków *Bartonella* powinny być interpretowane z uwzględnieniem tego faktu.
4. Badanie wykonane metodą oficjalnie niedopuszczoną do stosowania w diagnostyce *in vitro* (RUO – Research Use Only) – wynik badania może mieć jedynie charakter pomocniczy w ustaleniu rozpoznania.

Dr hab. n. med. Tomasz Wielkoszynski
LEKARZ-DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista diagnostyki laboratoryjnej
ID ZUS: 1399564 nr wstępu KIDZ: 07319

Podpis:

www.wielkoszynski.wedity.pl
tel./fax 32 797-32-50
REGON: 149697800

twielkoszynski@interia.pl
NIP 628-142-45-20


Sprawozdanie z badań laboratoryjnych

PESEL: 530304
Data urodzenia: 04-02-1963
ident. pacjenta: nie podano
Płeć: kobieta
Objętość zbiórki moczu: nie podano

Identyfikator dokumentu zlecenia: 36
Numerdata w kolumnie proc. diagn.: 7 / 08-01-2016
Data rejestracji zlecenia: 08-01-2016
Zlecająca: PUNKT POBIERANIA ALAB ul. 29-ego
Listopada 155C, 31-406 Kraków, L. Kraków
Miejsce odesłania wyniku: Zlecająca
Leczący: Badania Płatne, numer: nie podano,

Nazwa badania	AminiLab		Zlecający	
	Wynik badania			
Materiał: Płyn pow. krwi CPT4, data i godz. pobrania: nie podano, data i godz. przyjęcia: 08-01-2016 11:30				
Test transformacji limfocytów (LTT) - Borrelia met. Elispot				
Borrelia burgdorferi - całkowity antygen	3	SI	0-1	ujemny
			2-3	słabo dodatni
			>3	dodatni
Borrelia b. OSP-Mix (OSP4/OSP3/DtpA)	3	SI	0-1	ujemny
			2-3	słabo dodatni
			>3	dodatni
Borrelia burgdorferi LFA-1	1	SI	0-1	ujemny
			2-3	słabo dodatni
			>3	dodatni
Objaśnienie antygenów:				
- Borrelia burgdorferi całkowity antygen - Borrelia b. B21 - szczep referencyjny (tylko Borrelia burgdorferi)				
- Borrelia burgdorferi Mo. białkowy: OspA Borrelia burgdorferi, Borrelia strefa, Borrelia garinii + OspC rekombinowany				
- Borrelia burgdorferi LFA-1 (Antygen Funkcji Limfocytów) - Całkowite białko + Borrelia burgdorferi (całkowity epitet)				
Często związany z chorobami autoimmunologicznymi: kolagenozami, reumatoidalnym zapaleniem stawów, zapaleniem naczyń. Jeżeli wynik będzie pozytywny lub graniczny zaleca się wykonać dodatkowo badania: ANA, ANCA, Przeciwciała przeciw cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi 3.				
Test transformacji limfocytów (LTT) - Babesia met. Elispot				
Babesia microti met. Elispot	0	SI	0-1	ujemny
			2-3	słabo dodatni
			>3	dodatni
Test transformacji limfocytów (LTT) - Bartonella met. Elispot				
Bartonella henselae met. Elispot	0	SI	0-1	ujemny
			2-3	słabo dodatni
			>3	dodatni

Badanie wykonane AminiLab

Koniec wyników

Niniejszy wydruk jest informacją o sprawozdaniu z badania laboratoryjnego. Sprawozdanie zostało sporządzone w postaci elektronicznej i podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym
autoryzował: diagnosta laboratoryjny nr PAWZDL 13307 Agnieszka Krawiec

Bez pisemnej zgody Laboratorium sprawozdanie z badań nie może być powielane inaczej jak tylko w całości. Wyniki badań odnoszą się wyłącznie do próbki, której rodzaj, miejsce i czas pobrania są identyczne w niniejszym sprawozdaniu.

Pracownia Neurofizjologii Klinicznej

SZPITAL WOJEWÓDZKI

Al. Armii Krajowej 101, Bielsko-Biała

Tel. 33 810 22 22

Dane pacjenta

Data badania: 2017-10-24

Technik:

Lekarz:

PESEL: 530204

Nazwisko:

Płeć: Kobieta

Wiek: 64

Wzrost:

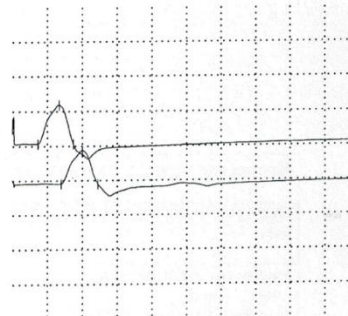
Motor Nerve Conduction Studies

Nerve	Lat		Amp		CV	
	ms	Ref.Dev	mV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev
Medianus Motor Prawy						
Wrist - APB	3.63	0.68	5.6	-1.11		
Elbow-Wrist	7.00		4.9	0.70	54.9	-0.99
Peroneus Motor Lewy						
Ankle - EDB	4.31	-2.3	1.36	-0.64		
Fib. head-Ankle	10.2		1.70	-0.50	47.5	6.5
Peroneus Motor Prawy						
Ankle - EDB	4.06	-2.5	3.1	1.10		
Fib. head-Ankle	9.33		2.6	0.40	53.1	12.1
Tibialis Motor Lewy						
Ankle - Abd hal	3.77	-2.3	5.0	1.00		
Knee-Ankle	11.2		5.1	2.3	48.5	8.5
Tibialis Motor Prawy						
Ankle - Abd hal	3.81	-2.3	3.5	-0.50		
Knee-Ankle	11.2		3.4	0.60	47.4	7.4
Ulnaris Motor Lewy						
Wrist - ADM	2.69	-0.61	9.0	3.0		
Bl. elbow-Wrist	5.51		7.1		60.3	11.3
Ab. elbow-Bl. elbow	7.18		7.7		65.9	16.9

Krzywe motoryczne

Prawy Medianus

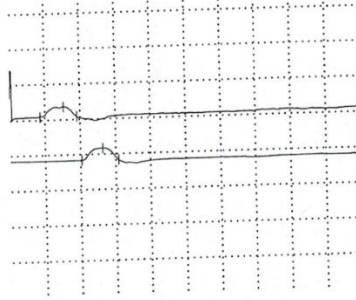
Wrist-APB
5mV/D 5ms/D
Elbow-APB
5mV/D 5ms/D



6. 12. 2017
10. 10. 2017
16. 10. 2017

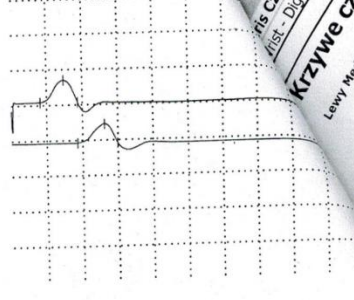
ID: 53020406187
Lewy Peroneus

Ankle-EDB
5mV/D 5ms/D
Fib. head-EDB
5mV/D 5ms/D



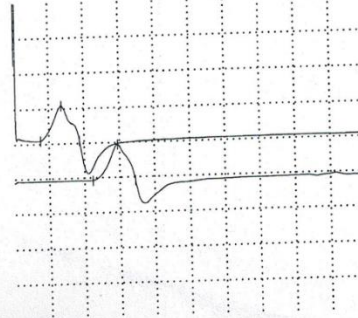
Prawy Peroneus

Ankle-EDB
5mV/D 5ms/D
Fib. head-EDB
5mV/D 5ms/D



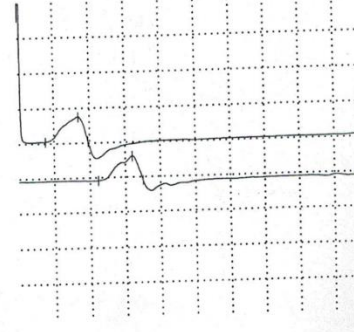
Lewy Tibialis

Ankle-Abd hal
5mV/D 5ms/D
Knee-Abd hal
5mV/D 5ms/D



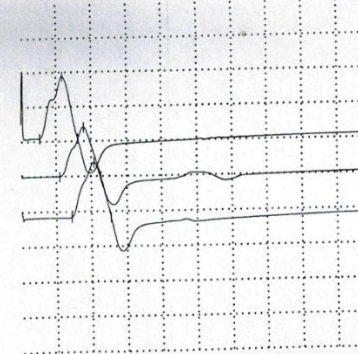
Prawy Tibialis

Ankle-Abd hal
5mV/D 5ms/D
Knee-Abd hal
5mV/D 5ms/D



Lewy Ulnaris

Wrist-ADM
5mV/D 5ms/D
Bl. elbow-ADM
5mV/D 5ms/D
Ab. elbow-ADM
5mV/D 5ms/D



Sensory Nerve Conduction Studies

SNCS Nerve	Peak Lat		Amp		CV	
	ms	Ref.Dev	uV	Ref.Dev	m/s	Ref.Dev
Medianus Czuciowy Lewy						
Wrist - Dig II	3.02	-0.58	30.6		54.9	
Medianus Czuciowy Prawy						
Wrist - Dig II	3.23	-0.37	18.9		52.9	
Suralis Czuciowy Lewy						
Post Calf 14cm - Lat. Malleolus	2.65	-1.85	19.5		59.4	
Suralis Czuciowy Prawy						
Post Calf 14cm - Lat. Malleolus	3.06	-1.44	16.4		53.3	
Ulnaris Czuciowy Lewy						
Wrist - Dig V	2.83	-0.27	11.3		58.8	

CS
Ulnaris Czuciowy Prawy
Wrist - Dig V

2.46

-0.64

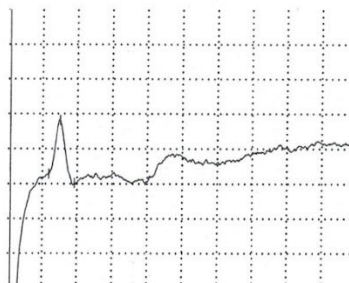
27.3

59.5

Krzywe czuciowe

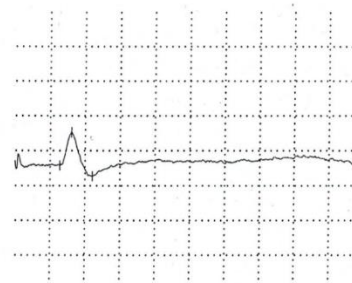
Lewy Medianus

Wrist-Dig II
20 μ V/D 2ms/D
Sred.: 3



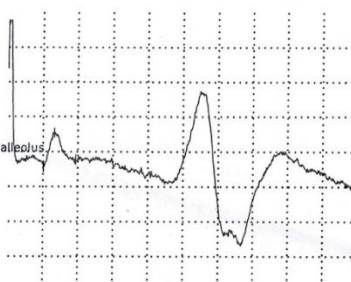
Prawy Medianus

Wrist-Dig II
20 μ V/D 2ms/D
Sred.: 3



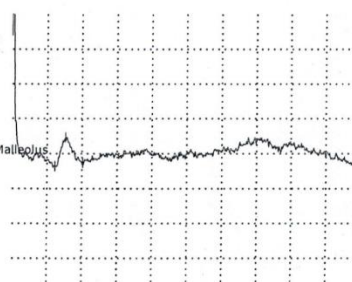
Lewy Suralis

Post Calf 14cm-Lat. Malleolus
20 μ V/D 2ms/D
Sred.: 1



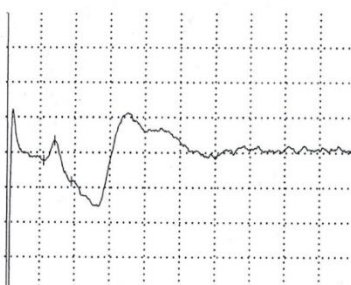
Prawy Suralis

Post Calf 14cm-Lat. Malleolus
20 μ V/D 2ms/D
Sred.: 1



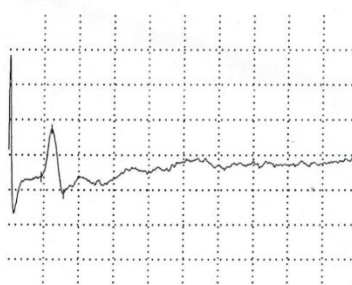
Lewy Ulnaris

Wrist-Dig V
20 μ V/D 2ms/D
Sred.: 2



Prawy Ulnaris

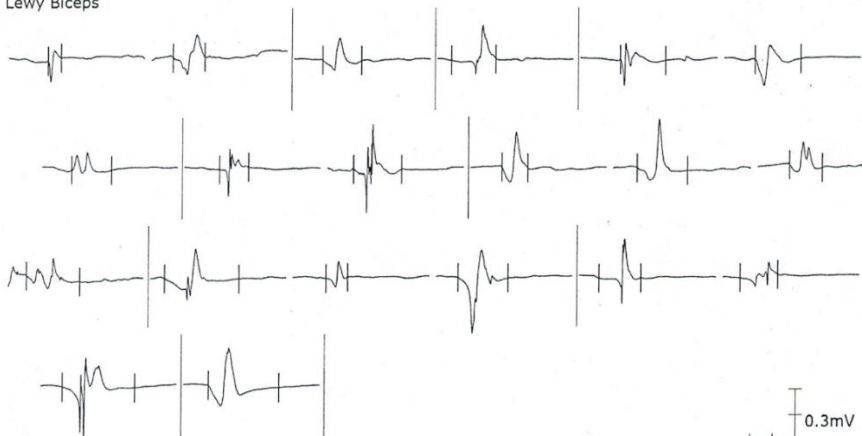
Wrist-Dig V
20 μ V/D 2ms/D
Sred.: 1



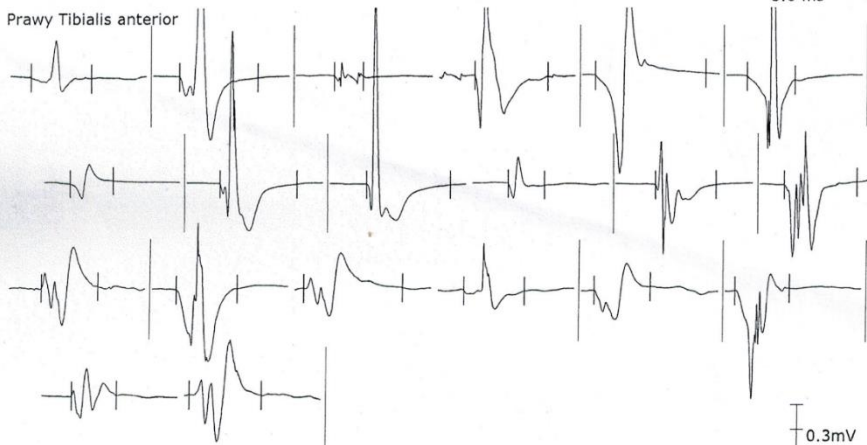
ID: 53020406187

MUP EMG

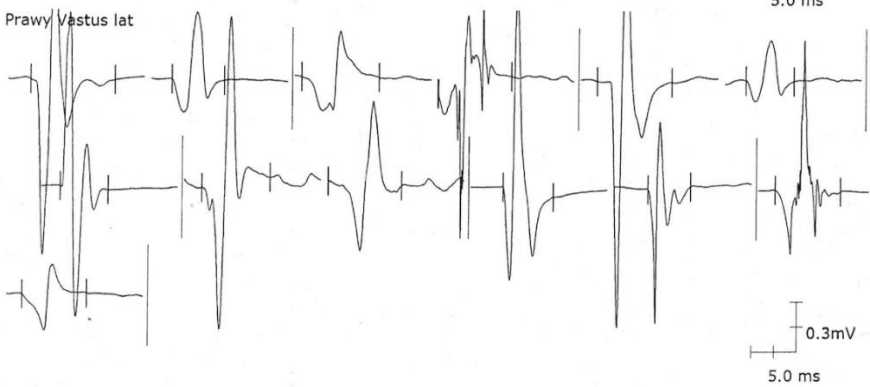
Lewy Biceps



Prawy Tibialis anterior

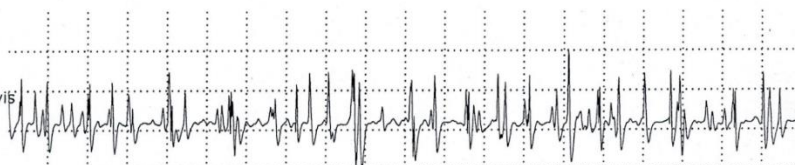


Prawy Vastus lat

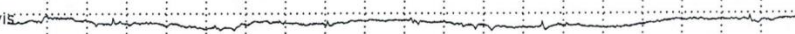


Zmiesy zapisanego EMG

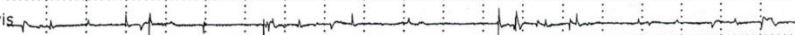
Prawy Abd pollicis brevis
10:58:31
1mV/D 20ms/D



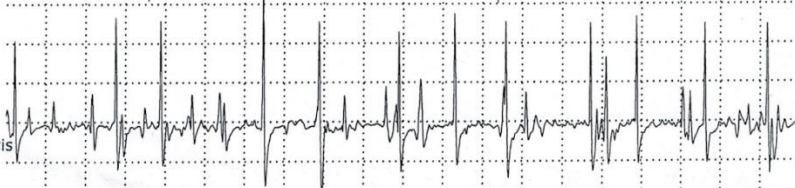
Prawy Abd pollicis brevis
11:00:11
0.1mV/D 20ms/D



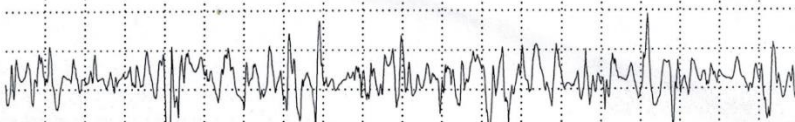
Prawy Abd pollicis brevis
11:00:42
0.1mV/D 20ms/D



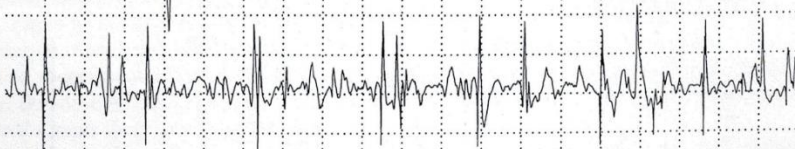
Prawy Abd pollicis brevis
11:01:08
1mV/D 20ms/D



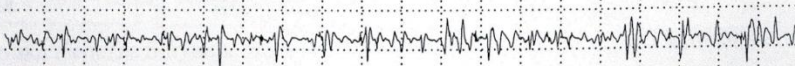
Lewy Biceps
10:52:33
1mV/D 20ms/D



Lewy Biceps
10:54:19
1mV/D 20ms/D

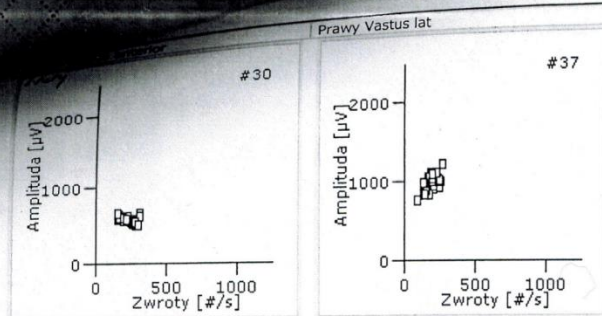


Prawy Glossus
11:03:02
1mV/D 20ms/D

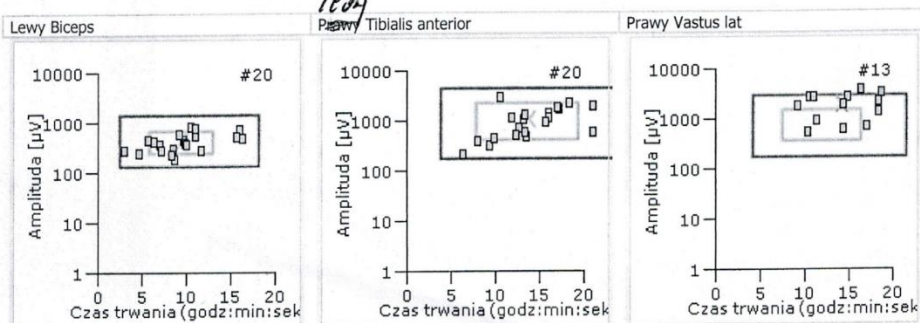


Prawy Glossus
11:03:52
0.1mV/D 20ms/D





Wykres EMG



Interpretacja

Przewodzenie we włóknach czuciowych badanych nerwów prawidłowe. Obniżenie amplitudy odpowiedzi ruchowej ze stymulacji i nerwu strzałkowego lewego i piszczelowego prawego. Poza tym przewodzenia w pozostałych badanych nerwach w granicach normy.

M. TA sin. w spoczynku niezbyt liczne fibrylacje. W zapisie czynności dowolnej zwiększony odsetek pot. wielofazowych. Zapis wysiłkowy prosty m. ubogi o ampl. śr. 1,4mV max. 2,0mV - zapis o charakterze neurogennym z cechami odnerwienia i reinerwacji (przewaga cech odnerwienia).

M. vastus lateralis dex. w spoczynku fibrylacje i dodatnie pot. odnerwienia oraz nieliczne fascykulacje. W zapisie czynności dowolnej nieznaczne podwyższenie amplitudy p.j.r. Zapis wysiłkowy ubogi o ampl. śr. 2,8mV max. 7,8mV - zapis neurogenny przewlekły.

M. biceps brachii sin. w spoczynku pojedyncze fascykulacje Średnie parametry p.j.r. w granicach normy. Zapis wysiłkowy bogaty o ampl. ś. 2,3mV max. 5,0mV - zapis z dyskretnymi cechami uszkodzenia neurogennego.

M. APB dex. w spoczynku liczne fibrylacje i dodatnie pot. odnerwienia. zapis wysiłkowy pośredni o ampl.śr. 2,1mV max. 5,0mV - zapis z cechami odnerwienia i reinerwacji (przewaga aktywnego odnerwienia).

M. Języka w spoczynku nieliczne fibrylacje. zapis wysiłkowy bogaty o ampl. do 2,5mV - dyskretne częściowe odnerwienie.

Wnioski

W stosunku do badania z dn. 29.05.2017r. obniżyła się amplituda odpowiedzi ruchowej ze stymulacji nerwu strzałkowego lewego i piszczelowego prawego (ubytek czynnych włókien ruchowych - uszkodzenie typu aksonalnego) Parametry w pozostałych badanych nerwach nie uległy istotnej zmianie. W badaniu emg zubożeniu uległ zapis wysiłkowy z m. TA sin. Pojawiła się aktywna czynność odnerwienna w m. APB dex. oraz wykazano czynność spoczynkową w m. języka.

Przypadek 5 – kobieta, rocznik 1988

Data wydruku: 13-01-2018, Strona: 5

ANALIZA LABORATORIUM ANALITYCZNE S.C.
 E. Górka, K. Sanderka, S. Zych
 Laboratorium Analityczne Analiza s.c.
 Laboratorium Analityczne
 000000006890-01-001
 32-400 Myślenice, ul. Słowackiego 21
 NIP: 681-18-30-891 REGON: 35 65 64 250 00024
 tel. 12 274 41 07

Nazwisko i Imię:
 Pesel: **881201**
 Adres:
 Jednostka kierująca: **BADANIE PŁATNE PRZÉZ PACJENTA**
 Data pobrania: **13-01-2018 09:36**
 Data badania: **13-01-2018 13:02**


 0002140713

26

Aparat: miniVidas, miniVidas2

Badanie	Wynik	Jednostka	Zakres ref.	
			min	max
FT3	2.83	pg/ml	2.50	5.40
FT4	1.42	ng/dl	0.80	1.60
Prolaktyna	13.28	ng/ml	5.00	35.00
Borelia Lyme Index IgG	4.24			
			do 0.19 wynik ujemny od 0.20 wynik dodatni	
Borelia Lyme Wynik IgG	(+) dodatni			
TSH	2.18	uIU/ml		
			0.25 - 5.00 Eutyreoza /norma/ do 0.15 Nadczynność od 7.00 Niedoczynność	
Helicobacter Pyroli IgG	4.76	index		
			do 0.75 wynik ujemny 0.75 - 1 wynik wątpliwy od 1 wynik dodatni	
25-OH Vitamin D TOTAL	52.70	ng/ml		
			do 20 niedobór 20 - 29 niewystarczający 30 - 100 wystarczający od 100 potencjalnie toksyczny	

Osoba wykonująca/autoryzująca

02177 inż. Czysława Zych
 DIAGNOSTA LABORATORYJNY

Nazwisko i Imię:

Pesel: **881201**

Adres:

Jednostka kierująca: **BADANIE PŁATNE PRZEZ PACJENTA**

Data pobrania: **15-01-2018 06:48**

Data badania: **15-01-2018 07:00**

1

Badanie	Wynik	Jednostka	Zakres ref.	
			min	max
Borelia Lyme Index IgM	0.08			
		do 0.20 wynik ujemny 0.20 - 0.31 wynik wątpliwy od 0.32 wynik dodatni		
Borelia Lyme Wynik IgM	(-) ujemny			

Osoba wykonująca/autoryzująca

02177 inż. *Czesława Zych*
DIAGNOSTA LABORATORYJNY

Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki
Medyczne Laboratorium Diagnostyczne
Zakładu Biologicznych Szkodliwych Zdrowotnych i Parazytologii

20-090 Lublin, ul. dra K. Jaczewskiego 2 tel. 817184400 fax 817478555 lab. 817184555



Pacjent:

PESEL: 881201

Ulica:

nr domu 225

Płeć: K

Data ur.: 1988-12-01

Miasto:

Wiek: 29 lat

Kod:

Zleceniodawca: Data rejestracji: 2018-01-19

DIAGNOSTYKA SP.Z O.O. KRAKÓW
ODDZIAŁ LUBLIN UL. WIGILIJNA 12/3-4



100201559800

156/18

31-864 KRAKÓW, ŻYCHKOWSKIEGO 16

Badanie	Wynik	Jednostka	Interpretacja
MYKOPLAZMOZA IGG	(+/-) wątpliwy 10.3	NTU	poniżej 9 (-) ujemny 9 - 11 (+/-) wątpliwy powyżej 11 (+) dodatni
Metoda: immunoenzymatyczna (ELISA)			
Materiał: SUROWICA			
MYKOPLAZMOZA IGM	(-) ujemny 5.4	NTU	poniżej 9 (-) ujemny 9 - 11 (+/-) wątpliwy powyżej 11 (+) dodatni
Metoda: immunoenzymatyczna (ELISA)			
Materiał: SUROWICA			

Badania wykonane dnia 2018-01-31 przez: ELŻBIETA GALIŃSKA

Osoba autoryzująca wyniki: doktor ELŻBIETA GALIŃSKA

Podpis + pieczęć:

08342 dr ELŻBIETA MONIKA GALIŃSKA
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
Specjalista Zdrowia Publicznego

Uwagi: Wyniki badań odnoszą się wyłącznie do badanej próbki.
Raport bez pisemnej zgody laboratorium badawczego nie może być powielany inaczej, jak tylko w całości.

Data wydruku: 2018.02.01

Strona 1/1

Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki
Medyczne Laboratorium Diagnostyczne
Zakładu Biologicznych Szkodliwości Zdrowotnych i Parazytologii

20-090 Lublin, ul. dra K. Jaczewskiego 2 tel. 817184400 fax 817478555 lab. 817184555



Pacjent:

PESEL: 881201

Ulica:

nr domu 225

Płeć: K

Data ur.: 1988-12-01

Miasto:

Wiek: 29 lat

Kod:

Zleceniodawca: Data rejestracji: 2018-01-19

DIAGNOSTYKA SP.Z O.O. KRAKÓW
ODDZIAŁ LUBLIN UL. WIGILIJNA 12/3-4



100201559800

156/18

31-864 KRAKÓW, ŻYCZKOWSKIEGO 16

Badanie	Wynik	Jednostka	Interpretacja
JERSINIOZA IGG	(+/-) wątpliwy 20.5	U/ml	poniżej 20 U/ml (-) ujemny
Metoda: immunoenzymatyczna (ELISA)			20 - 24 U/ml (+/-) wątpliwy
Materiał: SUROWICA			powyżej 24 U/ml (+) dodatni

Badania wykonane dnia 2018-02-01 przez: ELŻBIETA GALIŃSKA

Osoba autoryzująca wyniki: doktor ELŻBIETA GALIŃSKA

Podpis + pieczęć:

08342 dr ELŻBIETA MONIKA GALIŃSKA
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
Specjalista Zdrowia Publicznego

Uwagi: Wyniki badań odnoszą się wyłącznie do badanej próbki.
Raport bez pisemnej zgody laboratorium badawczego nie może być powielany inaczej, jak tylko w całości.

Data wydruku: 2018.02.01

Strona 1/1

Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki
Medyczne Laboratorium Diagnostyczne
Zakładu Biologicznych Szkodliwych Zdrowotnych i Parazytologii



20-090 Lublin, ul. dra K. Jaczewskiego 2 tel. 817184400 fax 817478646 lab. 817184555

Pacjent:

PESEL: 881201

Ulica:

nr domu 225

Płeć: K

Data ur.: 1988-12-01

Miasto:

Wiek: 29 lat

Kod:

Zleceńiodawca: Data rejestracji: 2018-01-19

DIAGNOSTYKA SP. Z O.O. KRAKÓW

ODDZIAŁ LUBLIN UL. WIGILIJNA 12/3-4



100201559800

156/18

31-864 KRAKÓW, ŻYCZKOWSKIEGO 16

Badanie	Wynik	Interpretacja
ANAPLAZMOZA IGG		
A. phagocytophilum	(-) ujemny	wynik (+) dodatni od miana 64
Metoda: immunofluorescencja pośrednia (IFA)		
Materiał: SUROWICA		
BABESZJOZA IGG		
B. microti	(-) ujemny	wynik (+) dodatni od miana 64
Metoda: immunofluorescencja pośrednia (IFA)		
Materiał: SUROWICA		
BARTONELOZA IGG		
B. henselae	(+) dodatni 64	wynik dodatni od miana 64,
B. quintana	(-) ujemny	w ostrej fazie choroby od miana 256
Metoda: immunofluorescencja pośrednia (IFA)		
Materiał: SUROWICA		
CHLAMYDIOZA IGG		
Ch. psittaci IgG	(-) ujemny	wynik (+) dodatni od miana 16,
Ch. trachomatis IgG	(-) ujemny	w ostrej fazie choroby od miana 512
Ch. pneumoniae IgG	(+) dodatni 16	
Metoda: immunofluorescencja pośrednia (IFA)		
Materiał: SUROWICA		

Badania wykonane dnia 2018-01-26 przez: ANNA KLOC

Osoba autoryzująca wyniki: magister ANNA KLOC

Podpis + pieczęć:

mgr ANNA KLOC
DIAGNOSTA LABORATORYJNY

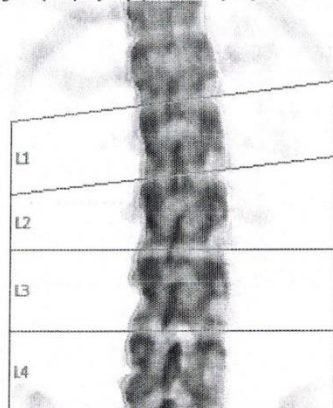
Uwagi: Wyniki badań odnoszą się wyłącznie do badanej próbki.
Raport bez pisemnej zgody laboratorium badawczego nie może być powielany inaczej, jak tylko w całości.

Data wydruku: 2018.01.26

Strona 1/1

Pacjent:			Lekarz kierujący: Łukasz Kluczyński
Data urodzenia: 01-12-88	Wiek: 28,0 lat	ID pacjenta: 881201	
Wzrost: 159,0 cm	Waga: 46,0 kg	Zmierzone: 21-12-16 10:35:56 (15 [SP 2])	
Płeć: Kobieta	Pochodzenie etniczne: Biała	Analizowane: 21-12-16 10:38:07 (15 [SP 2])	

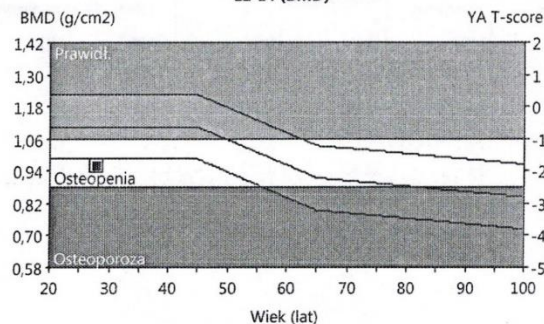
Kregosłup w projekcji przednio-tylnej Gęstość kości



Obraz nie do diagnozy

KOMENTARZE:

USA (połączone NHANES/Lunar) Kregosłup w projekcji przednio-tylnej: L1-L4 (BMD)



Densytometria: USA (połączone NHANES/Lunar)			
Obszar	BMD (g/cm ²)	Młoda osoba dorosła T-score	Dopasowane dla wieku Z-score
L1	0,890	-2,0	-1,4
L2	1,005	-1,6	-1,0
L3	1,011	-1,6	-0,9
L4	0,927	-2,3	-1,6
L1-L4	0,959	-1,8	-1,2

Statystycznie 68% powtórnych skanowań mieści się w przedziale 1SD ($\pm 0,010$ g/cm² dla Kregosłup w projekcji przednio-tylnej L1-L4); USA (połączone NHANES (20-30 lat) / Lunar (20-40 lat)) Kregosłup w projekcji przednio-tylnej Populacja odniesienia (v113); Dopasowane dla wieku, wagi (kobiety 25-100 kg), pochodzenia etnicznego; Światowa Organizacja Zdrowia - Definicja osteoporozy i Osteopenia dla kobiet rasy kaukaskiej; Stan normalny = T-score równa lub wyższa niż -1,0 SD; Osteopenia = T-score między -1,0 a -2,5 SD; Osteoporoza = T-score równa lub niższa -2,5 SD; (definicje WHO obowiązują tylko wówczas, gdy wartość T-score jest określana na podstawie bazy danych kontrolnych dla młodych zdrowych kobiet rasy kaukaskiej)
 Data utworzona: 21-12-16 10:38:51 15 [SP 2]; Nazwa pliku: mania_Ow3jo7j6f.dfc; Kregosłup w projekcji przednio-tylnej: 76,3,00:50,03:12,0 0,00 9,36 0,60x1,05 16,0 10,1 % Tkanka tłuszczowa: 0,00:0,00 0,00:0,00; Tryb skanowania: Standard; 37,0 µGy

Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Pracownia Densytometrii, ul. Śniadeckich 10

Telefon: () -

Pacjent:		Wiek:	28,0 lat	Lekarz kierujący:	Łukasz Kluczyński
Data urodzenia:	01-12-88	Waga:	46,0 kg	ID pacjenta:	881201
Wzrost:	159,0 cm	Pochodzenie etniczne:	Biała	Zmierzone:	21-12-16 10:35:56 (15 [SP 2])
Płeć:	Kobieta			Analizowane:	21-12-16 10:38:07 (15 [SP 2])

WYNIKI DODATKOWE: Kręgosłup w projekcji przednio-tylnej

Obszar	BMD (g/cm ³)	Młoda osoba dorosła		Dopasowane dla wieku		BMC (g)	Powierzchnia (cm ²)	Szerokość (cm)	Wzrost (cm)
		(%)	T-score	(%)	Z-score				
L1	0,890	79	-2,0	84	-1,4	10,33	11,61	3,6	3,26
L2	1,005	84	-1,6	89	-1,0	12,17	12,11	3,7	3,24
L3	1,011	84	-1,6	90	-0,9	14,75	14,60	4,0	3,61
L4	0,927	77	-2,3	82	-1,6	14,09	15,20	4,3	3,57
L1-L2	0,948	81	-1,8	87	-1,2	22,50	23,72	3,7	6,50
L1-L3	0,972	83	-1,6	89	-1,0	37,26	38,32	3,8	10,11
L1-L4	0,959	81	-1,8	87	-1,2	51,34	53,52	3,9	13,68
L2-L3	1,008	84	-1,6	90	-1,0	26,93	26,71	3,9	6,85
L2-L4	0,979	82	-1,8	87	-1,2	41,01	41,91	4,0	10,42
L3-L4	0,968	81	-1,9	86	-1,3	28,84	29,80	4,1	7,18

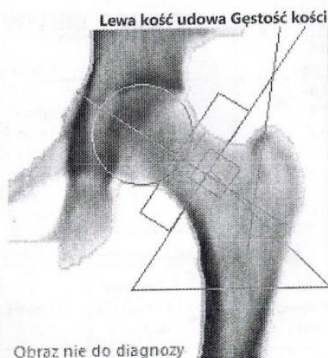
Statystycznie 68% powtórnych skanowań mieści się w przedziale 1SD ($\pm 0,010$ g/cm³ dla Kręgosłup w projekcji przednio-tylnej L1-L4; USA (połączone NHANES (20-30 lat) / Lunar (20-40 lat)) Kręgosłup w projekcji przednio-tylnej Populacja odniesienia (v113); Dopasowane dla wieku, wagi (kobiety 25-100 kg), pochodzenia etnicznego; Światowa Organizacja Zdrowia - Definicja osteoporozy i Osteopenia dla kobiet rasy kaukaskiej. Stan normalny = T-score równa lub wyższa niż -1,0 SD; Osteopenia = T-score między -1,0 a -2,5 SD; Osteoporoza = T-score równa lub niższa -2,5 SD; (definicje WHO obowiązują tylko wówczas, gdy wartość T-score jest określana na podstawie bazy danych kontrolnych dla młodych zdrowych kobiet rasy kaukaskiej)
Data utworzona: 21-12-16 10:38:55 15 [SP 2]; Nazwa pliku: mania_0w3jio7j6f.dlx; Kręgosłup w projekcji przednio-tylnej: 76.3.00:50.03:12.0 0,00:9.36 0,60x1,05 16.0:10.1 % Tkanka tłuszczowa: 0,00:0,00 0,00:0,00; Tryb skanowania: Standard; 37,0 µGy

Szpital Uniwersytecki w Krakowie

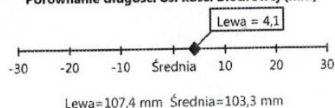
Pracownia Densytometrii, ul. Śniadeckich 10

Telefon: () - -

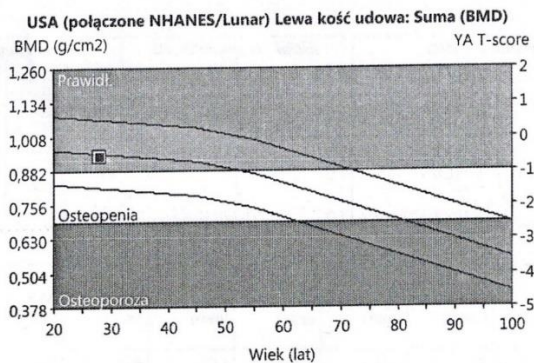
Pacjent:			Lekarz kierujący: Łukasz Kluczyński
Data urodzenia: 01-12-88	Wiek: 28,0 lat	ID pacjenta: 881201	
Wzrost: 159,0 cm	Waga: 46,0 kg	Zmierzono: 21-12-16 10:35:56 (15 [SP 2])	
Płeć: Kobieta	Pochodzenie etniczne: Biała	Analizowano: 21-12-16 10:38:07 (15 [SP 2])	



Porównanie długości osi kości biodrowej (mm)



KOMENTARZE:



Densytometria: USA (połączone NHANES/Lunar)			
Obszar	BMD (g/cm ²)	Młoda osoba dorosła T-score	Dopasowane dla wieku Z-score
Szyja	0,886	-1,1	-0,6
Suma	0,933	-0,6	-0,1

Statystycznie 68% powtórných skanowań mieści się w przedziale 1SD ($\pm 0,012$ g/cm² dla Lewy kości udowej Sumy); USA (połączone NHANES (20–30 lat) / Lunar (20–40 lat)) Kość udowa Populacja odniesienia (v113); Dopasowane dla wieku, wagi (kobiety 25–100 kg), pochodzenia etnicznego; Światowa Organizacja Zdrowia – Definicja osteoporozy i Osteopenia dla kobiet rasy kaukaskiej; Stan normalny = T-score równa lub wyższa niż -1,0 SD; Osteopenia = T-score między -1,0 a -2,5 SD; Osteoporoza = T-score równa lub niższa -2,5 SD; (definicje WHO obowiązują tylko wówczas, gdy wartość T-score jest określana na podstawie bazy danych kontrolnych dla młodych zdrowych kobiet rasy kaukaskiej)
Data utworzona: 21-12-16 10:38:56 15 [SP 2]; Nazwa pliku: mania_0w3jio7j61.dfc; Lewy kość udowa: 76;0,75;50,03;12,0 0,00;9,12 0,60;1,05 13;9;21,2 % Tkanka tłuszczowa: 0,00;0,00 0,00;0,00; Kąt szyi (stopnie)= 56; Tryb skanowania: Szczupły: 9,0 µGy



GE Healthcare

Strona: 1 z 1

Lunar Prodigy
DF+351447

Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Pracownia Densytometrii, ul. Śniadeckich 10

Telefon: () - -

Pacjent:		Wiek:	28,0 lat	Lekarz kierujący:	Łukasz Kluczyński
Data urodzenia:	01-12-88	Waga:	46,0 kg	ID pacjenta:	881201
Wzrost:	159,0 cm	Pochodzenie etniczne:	Biała	Zmierzone:	21-12-16 10:35:56 (15 [SP 2])
Płeć:	Kobieta			Analizowane:	21-12-16 10:38:07 (15 [SP 2])

WYNIKI DODATKOWE: Lewa kość udowa

Obszar	BMD (g/cm ³)	Młoda osoba dorosła (%)	T-score	Dopasowane dla wieku (%)	Z-score	BMC (g)	Powierzchnia (cm ²)
Szyja	0,886	85	-1,1	91	-0,6	4,07	4,59
Górna część szyi	0,796	97	-0,2	104	0,2	1,79	2,25
Dolna część szyi	0,973	-	-	-	-	2,27	2,34
Oddziały	0,719	79	-1,5	83	-1,1	1,68	2,34
Krętarz	0,779	92	-0,6	99	-0,1	8,51	10,93
Trzon	1,072	-	-	-	-	14,70	13,72
Suma	0,933	93	-0,6	99	-0,1	27,28	29,23

Wyniki wytrzymałości stawu biodrowego

Strona	Wskaźnik wytrzymałości	Współczynnik wybożenia	Moduł przekroju (mm ³)	CSMI (mm ⁴)	CSA (mm ²)	d1 (mm)	d2 (mm)	d3 (mm)	y (mm)	alfa (stop.)	teta (stop.)
Lewa	2,2	2,9	551,1	8 049	124	21,4	55,1	30,6	14,6	8	115

Statystycznie 68% powtórných skanowań mieści się w przedziale 1SD ($\pm 0,012$ g/cm³ dla Lewa kość udowa Suma), USA (połączone NHANES [20–30 lat] / Lunar [20–40 lat]) Kość udowa Populacja odniesienia (v113). Dopasowane dla wieku, wagi (kobiety 25–100 kg), pochodzenia etnicznego; Patrz J Bone Miner Res, 1994;9:1053. Światowa Organizacja Zdrowia – Definicja osteoporozy i Osteopenia dla kobiet rasy kaukaskiej. Stan normalny = T-score równy lub wyższy niż -1,0 SD, Osteopenia = T-score między -1,0 a -2,5 SD; Osteoporoza = T-score równy lub niższy -2,5 SD; (definicje WHO obowiązują tylko wówczas, gdy wartość T-score jest określana na podstawie bazy danych kontrolnych dla młodych zdrowych kobiet rasy kaukaskiej)
Data utworzona: 21-12-16 10:38:57 15 [SP 2]; Nazwa pliku: maniea_0w3jio76f.dfx; Lewa kość udowa; 76,0,75:50,03:12,0 0,00:9,12 0,60:1,05 13,9:21,2 % Tkanka tłuszczowa: 0,00:0,00 0,00:0,00; Kąt szyi (stopnie)= 56; Tryb skanowania: Szczupły: 9,0 µGy

GE Healthcare

Strona: 1 z 1

Lunar Prodigy
DF+351447

Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Pracownia Densytometrii, ul. Śniadeckich 10

Telefon: (____) ____-____

Pacjent:			Lekarz kierujący: Łukasz Kluczyński
Data urodzenia: 01-12-88	Wiek: 28,0 lat	ID pacjenta: 881201	
Wzrost: 159,0 cm	Waga: 46,0 kg	Zmierzone: 21-12-16 10:31:36 (15 [SP 2])	
Płeć: Kobieta	Pochodzenie etniczne: Biała	Analizowane: 21-12-16 10:31:41 (15 [SP 2])	

WYNIKI DODATKOWE: Lewe przedramię

Obszar	BMD (g/cm ³)	Młoda osoba dorosła (%)	T-score	Dopasowane dla wieku (%)	Z-score	BMC (g)	Powierzchnia (cm ²)
UD kości promieniowej	0,246	52	-4,9	52	-4,9	0,84	3,40
UD kości łokciowej	0,178	-	-	-	-	0,34	1,92
33% kości promieniowej	0,510	57	-4,3	57	-4,3	1,29	2,52
33% kości łokciowej	0,459	-	-	-	-	1,01	2,20
UD obu	0,221	-	-	-	-	1,18	5,32
33% obu	0,486	-	-	-	-	2,29	4,72
Promień łącznie	0,383	56	-4,9	56	-4,9	5,16	13,45
Kość łokciowa łącznie	0,314	-	-	-	-	2,90	9,22
Obie łącznie	0,355	-	-	-	-	8,06	22,67

Statystycznie 68% powtórných skanowań mieści się w przedziale 1SD ($\pm 0,020$ g/cm³ dla Lewe przedramię 33% kości promieniowej); USA (połączone NHANES (20–30 lat) / Lunar (20–40 lat)) Przedramię
Populacja odniesienia (v113); Dopasowane dla wieku, pochodzenia etnicznego; Kalibracja Lunar w użyciu; Światowa Organizacja Zdrowia – Definicja osteoporozy i Osteopenia dla kobiet rasy kaukaskiej;
Stan normalny = T-score równa lub wyższa niż -1,0 SD; Osteopenia = T-score między -1,0 a -2,5 SD; Osteoporoza = T-score równa lub niższa -2,5 SD; (definicje WHO obowiązują tylko wówczas, gdy wartość
T-score jest określana na podstawie bazy danych kontrolnych dla młodych zdrowych kobiet rasy kaukaskiej)
Data utworzona: 21-12-16 10:31:54 15 [SP 2]; Nazwa pliku: manea_hq3jio7j6f.dfa; Lewe przedramię: 76,0,15:50,03:12,0 0,006,20 0,60x1,05 5,6:31,9 % Tkanka tłuszczowa; 0,00:0,00 0,00:0,00; Długość
przedramienia: 25,2 cm; Tryb skanowania: Standard; 2,0 µGy

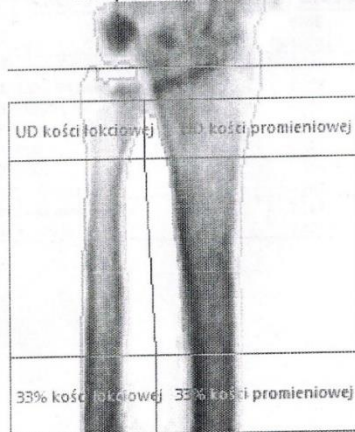
Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Pracownia Densytometrii, ul. Śniadeckich 10

Telefon: () - -

Pacjent:		Wiek:	28,0 lat	Lekarz kierujący:	Łukasz Kluczyński
Data urodzenia:	01-12-88	Waga:	46,0 kg	ID pacjenta:	881201
Wzrost:	159,0 cm	Pochodzenie etniczne:	Biała	Zmierzone:	21-12-16 10:31:36 (15 [SP 2])
Płeć:	Kobieta			Analizowane:	21-12-16 10:31:41 (15 [SP 2])

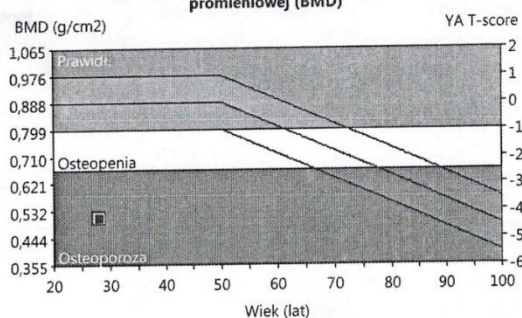
Lewe przedramię Gęstość kości



Obraz nie do diagnozy

KOMENTARZE:

USA (połączone NHANES/Lunar) Lewe przedramię: 33% kości promieniowej (BMD)



Densytometria: USA (połączone NHANES/Lunar)			
Obszar	BMD (g/cm ²)	Młoda osoba dorosła T-score	Dopasowane dla wieku Z-score
UD kości promieniowej	0,246	-4,9	-4,9
UD kości łokciowej	0,178	-	-
33% kości promieniowej	0,510	-4,3	-4,3
33% kości łokciowej	0,459	-	-
UD obu	0,221	-	-
33% obu	0,486	-	-
Promień łącznie	0,383	-4,9	-4,9
Kość łokciowa łącznie	0,314	-	-
Obie łącznie	0,355	-	-

Statystycznie 68% powtórných skanowań mieści się w przedziale 1SD ($\pm 0,020$ g/cm² dla Lewe przedramię 33% kości promieniowej); USA (połączone NHANES (20-30 lat) / Lunar (20-40 lat)) Przedramię Populacja odniesienia (v113); Dopasowane dla wieku, pochodzenia etnicznego, Kalibracja Lunar w użyciu; Światowa Organizacja Zdrowia - Definicja osteoporczy i Osteopenia dla kobiet rasy kaukaskiej; Stan normalny = T-score, równa lub wyższa niż -1,0 SD; Osteopenia = T-score między -1,0 a -2,5 SD; Osteoporoza = T-score równa lub niższa -2,5 SD, (definicje WHO obowiązują tylko wówczas, gdy wartość T-score jest określana na podstawie bazy danych kontrolnych dla młodych zdrowych kobiet rasy kaukaskiej)
Data utworzona: 21-12-16 10:31:51 15 [SP 2]; Nazwa pliku: mania_hq3jo7j61.dfa; Lewe przedramię: 76,0,15,50,03:12,0 0,00 6,20 0,60x1,05 5,6:31,9 % Tkanka tłuszczowa: 0,00:0,00 0,00:0,00; Długość przedramienia: 25,2 cm; Tryb skanowania: Standard, 2,0 µGy

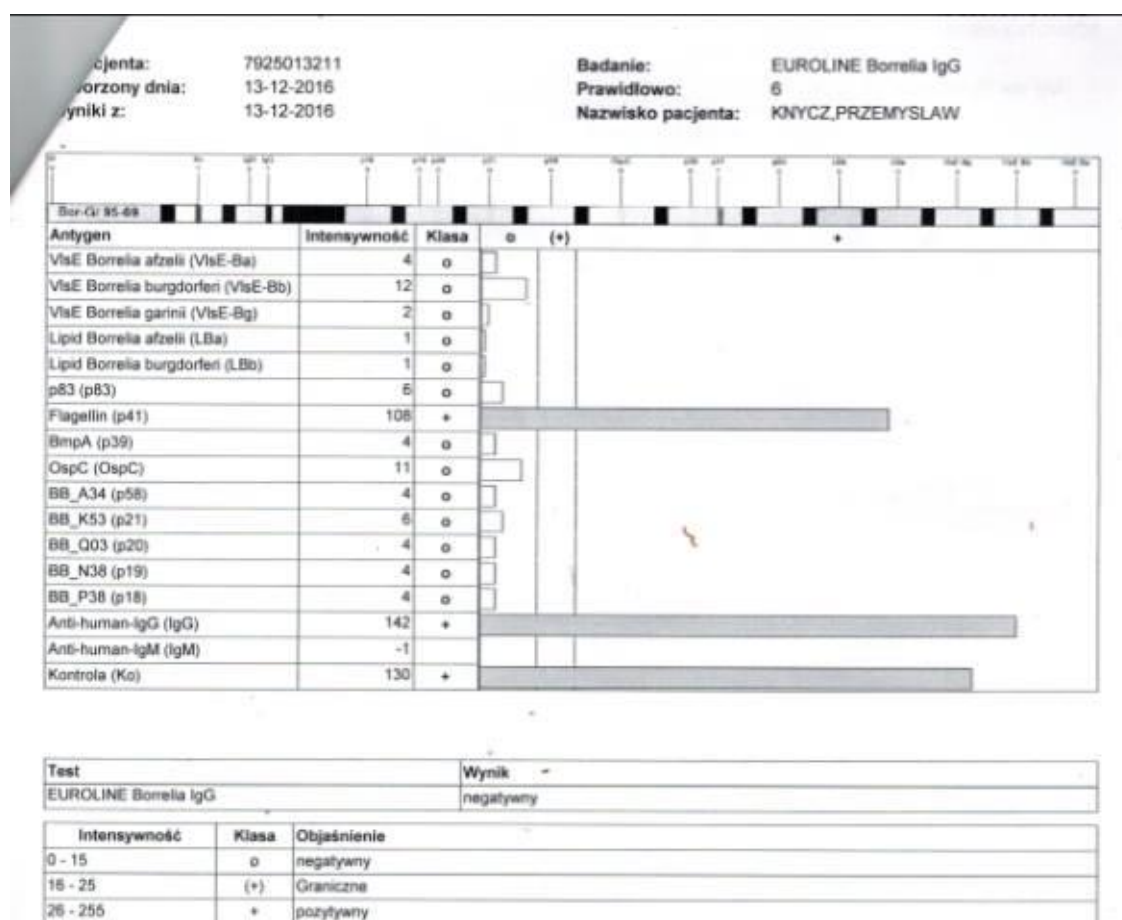
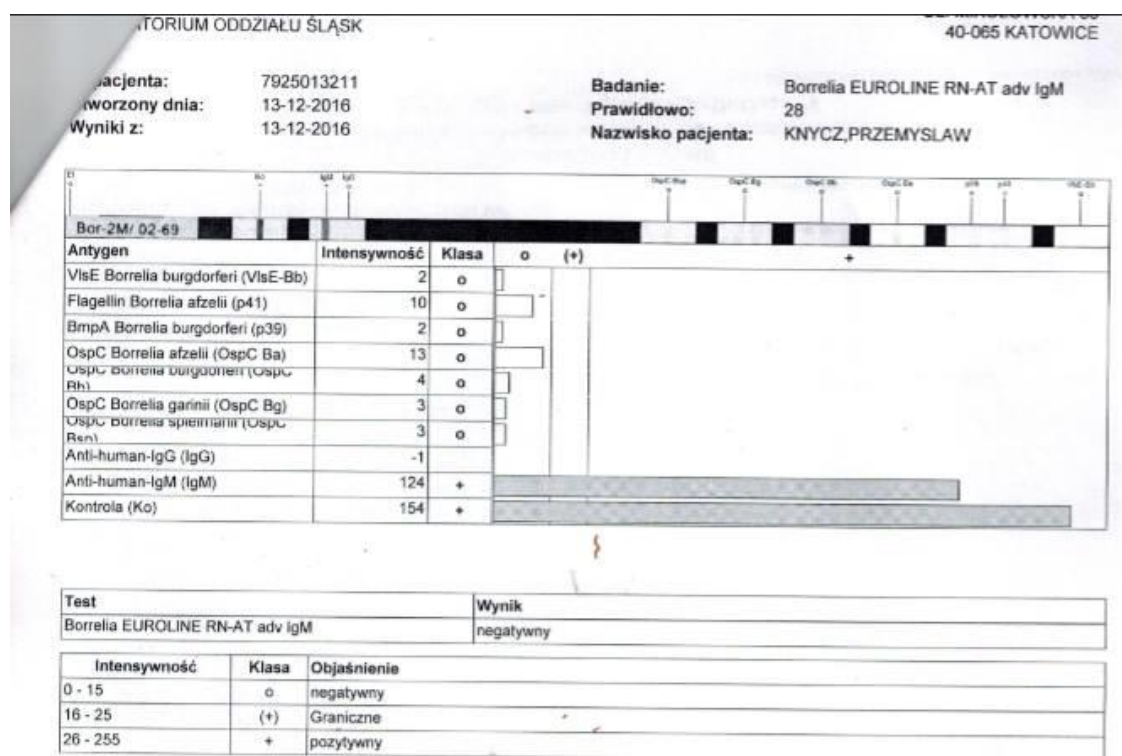


GE Healthcare

Strona: 1 z 1

Lunar Prodigy
DF+351447

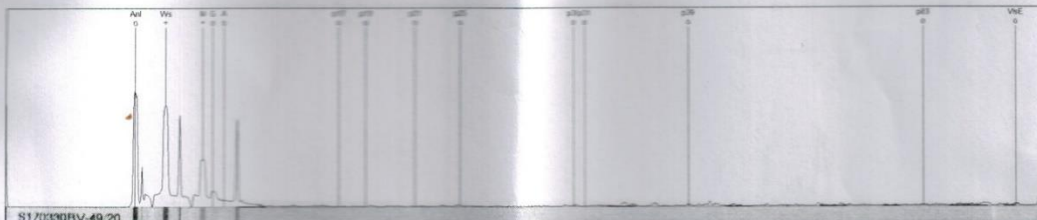
Przypadek 6 – mężczyzna, rocznik 1982



NZOZ DIAKLIN Sp z o.o.
laboratorium diagnostyczne
43-400 Cieszyn, ul. Bielska 4
tel. (33) 852 91 89

ID pacjenta: 7
Wyniki z: 07/12/2017
PESEL: [REDACTED]

Test: Borrelia EUROLINE-WB IgM
Nazwisko pacjenta: Krycz Przemysław



Antygen	Intensywność	Klasa	o	(+)	+
VisE (VisE)	0	o			
p 83 (p83)	0	o			
p 39, BmpA (p39)	0	o			
p 31, OspA (p31)	0	o			
p 30 (p30)	0	o			
p 25, OspC (p25)	0	o			
p 21 (p21)	0	o			
p 19 (p19)	0	o			
p 17 (p17)	0	o			
Kontrola Koniugatu IgA (A)	0	o			
Kontrola Koniugatu IgG (G)	0	o			
Kontrola Koniugatu IgM (M)	84	+			
Pasma kontrolne (Ws)	181	+			
Pasek pozycji (Anl)	0	o			

Pasma kontrolne służą tylko i wyłącznie do sprawdzenia użytego w teście koniugatu!

Test	Wynik
Borrelia EUROLINE-WB IgM	negatywny

Intensywność	Klasa	Objaśnienie
0 - 15	o	negatywny
16 - 25	(+)	Graniczne
26 - 255	+	pozytywny

st. techniki analityki
medycznej

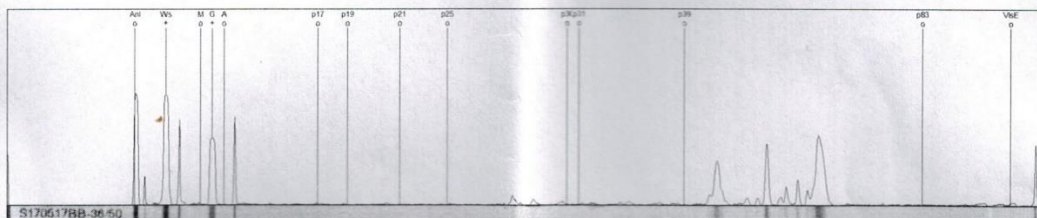
Magdalena Fabian

mgr Katarzyna Ochmanek
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA
laboratorium diagnostyczne
medyczne

Podpis: _____

ID pacjenta: 7
Wyniki z: 07/12/2017
PESEL: _____

Test: Borrelia EUROLINE-WB IgG
Nazwisko pacjenta: Knycz Przemysław



Antygen	Intensywność	Klasa	o	(+)	+
VlsE (VlsE)	0	o			
p 83 (p83)	0	o			
p 39, BmpA (p39)	0	o			
p 31, OspA (p31)	0	o			
p 30 (p30)	0	o			
p 25, OspC (p25)	0	o			
p 21 (p21)	0	o			
p 19 (p19)	0	o			
p 17 (p17)	0	o			
Kontrola Koniugatu IgA (A)	0	o			
Kontrola Koniugatu IgG (G)	120	+			
Kontrola Koniugatu IgM (M)	0	o			
Pasmo kontrolne (Ws)	198	+			
Pasek pozycji (AnI)	0	o			

Pasma kontrolne służą tylko i wyłącznie do sprawdzenia użytego w teście koniugatu!

Test	Wynik
Borrelia EUROLINE-WB IgG	negatywny

Intensywność	Klasa	Objaśnienie
0 - 15	o	negatywny
16 - 25	(+)	Graniczne
26 - 255	+	pozytywny

st. technik analityki
medycznej
Magdalena Habił

mgr Katarzyna Górnianek
Doktor Szwajcarskiej Akademii Nauk
specjalista mikrobiologii
medycznej

Podpis: _____

Przypadek 7 – kobieta, rocznik 1994

KARTA INFORMACYJNA POBYTU SZPITALNEGO

01/4281 Reumatologiczny Oddział Nr gł.: 2434/2009/0 Data przyjęcia: 1.06.2009 9:37
r oddz.: 820/2009/0 Data wypisu: 5.06.2009 12:28

Nazwisko: [REDACTED] Imię: [REDACTED] Data urodzenia: 2.10.1994
PESEL: 941002 [REDACTED]

Adresy pacjenta: [REDACTED]
zamieszkania: [REDACTED]
zameldowania: j.w.

Rozpoznanie ostateczne
Obserwacja w kierunku zapalenia stawów

Leczenie
Majamil, Vit. PP

Epikryza
Pacjentka lat 15 przyjęta do diagnostyki bólów stawów międzypaliczkowych bliższych, stawów kolanowych i skokowych utrzymujących się od 2 lat nasilających się od około miesiąca i obrzęków stawów międzypaliczkowych bliższych trwający rano przez około 30 minut. W wywiadzie babcia choruje na toczeń układowy. W badaniu fizykalnym bolesność palpacyjna i czynnościowa stawów międzypaliczkowych bliższych palców II-V obu rąk, skrzywienie kręgosłupa piersiowego w prawo, lędźwiowego w lewo.
W wykonanych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono istotnych odchyśleń od stanu prawidłowego, obraz radiologiczny dłoni w normie. Wypisana do domu w stanie dobrym

Zalecenia
Kontrola w Poradni Reumatologicznej
Okresowa kontrola w Poradni Okulistycznej
Stosowanie: Majamil 0,05 2x1, Polprazol 20mg 1x1, Vit PP 2x1

Wypisano na zarządzenie Orygnatora w stanie nie wymaga hospitalizacji

Lekarz wypisujący: 280 Ordynator

Piotr Staniszewski
specjalista
chorób wewnętrznych
858 97 62

ORDYNATOR
ODDZIAŁ REUMATOLOGII I REumatologii
Leona Anna Górniewicz
Specjalista i Reumatolog

Badania dodatkowe:

Waga: 61,900kg
Wzrost: 176cm

OB: 8
RR: 90/60 mmHg

Morfologia:

Data	01.06.09	Data	01.06.09
Leukocyty (k/uł)	6,5	Palki (%)	2
Erytrocyty (M/uł)	4,28	Segmenty (%)	41
Hemoglobina (g/dl)	12,9	Eozynofile (%)	4
Hematokryt (%)	39,6	Limfocyty (%)	44
Obj. erytrocytu (fl)	92,0	Monocyty (%)	9
Trombocyty (k/uł)	324		

Mocz:

Data	c.wł.	odezyn	białko	cukier	urobilinogen	aceton	osad
02.06.09	1020	kw.	nb	nb	w/n	nb	prawidłowy

Badania serologiczne:

CRP	2,15	Białko cał.(g/l)	89,0
Od. Waalera-Rosego	ujemny	Albuminy	61,9
ANA Hep.2	ujemny	Globuliny alfa 1	3,1
		Globuliny alfa 2	11,6
		Globuliny beta	9,4
		Globuliny gamma	14,0

Proteinogram:

Badania biochemiczne:

Kreatynina (mg/dl)	0,7	Na (mmol/l)	145
Aspat (U/l)	36	K (mmol/l)	4,4
Alat (U/l)	26	Cl (mmol/l)	108
		Ca (mg/dl)	9,5
		P(mg/dl)	4,2
		Mg(mg/dl)	2,14

Jonogram:

TSH (mIU/ml) – 2,21

Lamblic w kale met. ELISA – ujemne

P/e przeciw Ascaris – ujemne

P/e anty CCP – badanie w toku

Badania radiologiczne:

Rtg nadgarstka i dłoni (01.06.09): Kości i stawy rąk zmian nie wykazują.

USG jamy brzusznej (02.06.09): Pęcherzyk żółciowy - o prawidłowym kształcie i wielkości, cienkiej ścianie, jednolicie echogeniczny bez złożeń. Przewód żółciowy wspólny i drogi żółciowe wewnątrzwątrobowe nieposzerzone. Wątroba - wymiar linii środkowo-obojęzycznej 11,0 cm, niepowiększona. Obrys wątroby równy. Echogeniczność miąższu jednorodna, prawidłowa. Obraz naczyń wrotnych i żylnych wątroby prawidłowy. Trzustka - wielkość trzustki prawidłowa bez zmian patologicznych. Śledziona - wymiar śledziony w osi długiej 9,6 cm, niepowiększona. Echogeniczność miąższu jednorodna, prawidłowa. Obraz wnęki śledziony prawidłowy. Nerki - położone prawidłowo. Wymiary nerki podługne: prawa 10,0 cm, lewa 9,8 cm. Obrysy nerek prawidłowe. Echogeniczność kory nerek jednorodna, prawidłowa. Nerki o prawidłowym echu centralnym bez zastojów i złożeń. Miednica - pęcherz moczowy o prawidłowym kształcie i wielkości oraz równym obrysie. Macica i jajniki - obraz odpowiedni do wieku. Naczynia jamy brzusznej - obraz żyły górnej i aorty oraz przestrzeni wokół tych naczyń prawidłowa.

EKG: Rytm zatokowy miarowy 58/min. PQ- 0,14s. QT-0,36s. QTc-0,379s. Zaburzenia przewodnictwa śródkomorowego nad prawą komorą.

Kapilaroskopia: Tło, liczba naczyń, kształt i przebieg pętli naczyniowych w normie

Konsultacje:

*Okulistyczna: Przedni odcinek bez odchyżeń od normy. Fundus – tarczyca n.II wyraźnie odgraniczona w poziomie dna z nieco wyżej ustawionymi naczyniami. Naczynia prawidłowe, siatkówka prawidłowa, plamki o żywym odbłasku. Wskazana okresowa kontrola okulistyczna



CENTRUM PEDIATRII IM. JANA PAWŁA II

41-218 SOSNOWIEC, ul. Gabrieli Zapolskiej 3
centrala: (32) 720-77-00, (32) 263 00 58
sekretariat: (32) 266 02 30, fax: (32) 266 36 30



ISO 14001
ISO 9001

e-mail: reumatologia@centrum-pediatrii.com.pl

www.centrum-pediatrii.com.pl

KARTA INFORMACYJNA POBYTU SZPITALNEGO

01/4281 Reumatologiczny Oddział

Nr gł. 2434/2009/0
r oddz. 820/2009/0

Data przyjęcia: 1.06.2009 9:37
Data wypisu: 5.06.2009 12:28

Nazwisko:

Imię:

Data urodzenia:
2.10.1994
PESEL:
941002

Adresy pacjenta:
zamieszkania:
zameldowania: J.W.

Rozpoznanie ostateczne

Obserwacja w kierunku zapalenia stawów

Leczenie

Majamił, Vit. PP

Epikryza

Pacjentka lat 15 przyjęta do diagnostyki bólów stawów międzypaliczkowych bliższych, stawów kolanowych i skokowych utrzymujących się od 2 lat nasilających się od około miesiąca i obrzęków stawów międzypaliczkowych bliższych trwający rano przez około 30 minut. W wywiadzie babcia choruje na toczeń układowy. W badaniu fizykalnym bolesność palpacyjna i czynnościowa stawów międzypaliczkowych bliższych palców II-V obu rąk, skrzywienie kręgosłupa piersiowego w prawo, lędźwiowego w lewo.

W wykonanych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono istotnych odchyśleń od stanu prawidłowego, obraz radiologiczny dłoni w normie. Wypisana do domu w stanie dobrym

Zalecenia

Kontrola w Poradni Reumatologicznej

Okresowa kontrola w Poradni Okulistycznej

Stosowanie: Majamił 0,05 2x1, Polprazol 20mg 1x1, Vit PP 2x1

Wypisano na zarządzenie Orynatora w stanie nie wymaga hospitalizacji

Lekarz wypisujący: 280

Ordynator

Piotr Stankiewicz
opracowała
chorób wewnętrznych
060472

ORDYNATOR
CHOROBY WNEWĄTRZNE
J. Stankiewicz
Reumatolog

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
Instytut Reumatologii w Warszawie
tel. 22 646 78 95 lub 22 844 42 41 w.392

REZONANS MAGNETYCZNY 1,5T

Data i numer
04-10-2011 / 58

Pacjent

PESEL: 9410021
ur. 02-10-1994 r.

Zlecenie

Ambulatorium Opieki Specjalistycznej Dzieci
Zlecenie z dnia 26-08-2011
lek. med. Agnieszka Gazda

Badania

MR STAWÓW KRZYŻOWO-BIODROWYCH
04-10-2011 12:10, 1,5 T AVANTO SIEMENS

Szpary stawowe obustronnie prawidłowej szerokości, bez nadżerek, bez obecności płynu, bez zmian w błonie maziowej, o prawidłowym sygnale blaszek kostnych i w warstwach podchrzęstnych szpiku wzdłuż powierzchni stawowej.

Prawidłowy dla wieku sygnał szpiku.

Pozostałe kości objęte badaniem również zmian nie wykazują.

Niewielki otorbiony zbiornik płynu pomiędzy macicą, k. krzyżową a odbytnicą o wym. 17 x 16 x 14 mm - przetrwały pęcherzyk prawego jajnika(?) - wskazane usg miednicy małej.

Opisał

dr n. med. Małgorzata Wieczorek

Zatwierdził

lek. Elżbieta Grzeszewska

Elżbieta Grzeszewska
radiolog
7450487

Pieczętka i podpis

Pieczętka i podpis

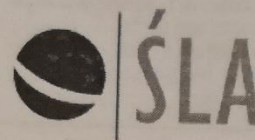
Środowisko CENTRUM - © MARCEL, 2000-2007

04-10-2011 12:56

Śląskie Laboratoria Analityczne, Spółka z o.o.
Centralne Laboratorium
ul. Żelazna 1. 40-952 Katowice
tel. (32) 359 09 22
fax. (32) 20 11 760
e-mail: bok@sla.com.pl
Bakteriologia: (32) 609 38 80
www.sla.pl

Korespondencja dla:
Autoryzowany Punkt Poboru Krwi
Hajducka 15
Chorzów

Data wydruku: 09-08-2011



Data badania: 05-08-2011
Data pobrania: 05-08-2011
Data przyjęcia: 05-08-2011

Dane pacjenta:

Oddział: 47 Nr z: 47/0329/08/11

Lekarz zlecający:

Urodzony Pl.
02-10-1994 K

Nr pacj. Pesel
V17811 941002

WYNIK ZLECENIA 47/0329/08/11

Nr	ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
126	Odczyn Waaler-Rose	10.0 DODATNI				
131	K21 / RF-ilościowo		IU/ml		5,0	
	wynik ujemny	0.1	mIU/ml		30,0	
	wynik wątpliwy	.	mIU/ml	30,0	50,0	
	wynik dodatni	.	mIU/ml	>50,0		
132	SLE - latex	NIEOBECNE				
142	I79 / Proteinogram					
	Albuminy	59.1	%	55,8	66,1	[---o-----]
	Alfa1 - globuliny	3.6	%	2,9	4,9	[---o-----]
	Alfa2 - globuliny	9.5	%	7,0	11,8	[---o-----]
	Beta1 - globuliny	6.2	%	4,7	7,2	[---o-----]
	Beta2 - globuliny	3.7	%	3,2	6,5	[---o-----]
	Gamma - globuliny	17.9	%	11,1	18,8	[---o-----]
252	Analiza moczu					
	Bilirubina	neg	mg/dl			
	Urobilinogen	norm	mg/dl			
	Ketony	neg	mg/dl			
	Ciezar wł.	1.013				
	glukoza	neg	mg/dl			
	białko	neg	mg/dl			
	krew	neg	ery/ul			
	pH	6				
	nitraty	neg	mg/dl			
	leukocyty	neg	leu/ul			
A19	OCENA MIKROSKOPOWA	osad bez zmian				
	Klarownosc	przejrzysty				

Zatwierdzający:

Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001
Kierownik laboratorium - mgr Beata Boruta
Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

mgr Beata Boruta
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
Boruta



Instytut Reumatologii
im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, 02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1
KLINIKA I POLIKLINIKA REUMATOLOGII WIEKU ROZWOJOWEGO
tel./fax. 022 844-87-74 e-mail: kiprwr@ir.ids.pl

Kierownik Kliniki: prof. nadzw. dr hab. med. Lidia Rutkowska – Sak

KARTA INFORMACYJNA

Imię i nazwisko

Data ur. 02.10.1994

Adres :

PESEL: 941002

Przebywał(a) w szpitalu od: 19.08.11 do: .11 Nr hist. choroby: 5860/11/1673

ROZPOZNANIE: Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów.

GRUPA KRWI				OB. 5/18 mm/h/2h				CRP : 0 mg/L norma do 10 mg/L			
MORFOLOGIA KRWI				BAD. BIOCHEMICZNE				PROTEINOGRAM			
Data				Data				Data			
WBC	5,04		G/L	Sód	144		mEq/l	Białko całk.	8,4		g/dL
RBC	4,36		T/L	Potas	5,3		mEq/l	Albuminy	63,3		%
Hgb	13,3		g/dL	Wapń	5,1		mEq/l	Glob. α1	3,4		%
HCT	39,8		%	Fosfor	4,5		mg/dl	Glob. α2	8,8		%
MCV	91,3		fl	Magnez			mg/dl	Glob. β	8,9		%
MCH	30,5		pg	Ferrytyna			ng/ml	Glob. γ	15,6		%
MCHC	33,4		g/dL	Żelazo			ug/dl				
PLT	314		G/L	TIBC			ug/dl	IMMUNOGLOBULINY			
				Mocznik	27,7		mg/dl	IgG	1300		mg/dl
neutr.	50,8		%	Kreatynina.	0,7		mg/dl	IgA	115		mg/dl
lymph.	32,7		%	Klir. kreat.			ml/min.	IgM	180		mg/dl
mono.	11,1		%	Kw.mocz.			mg/dl	HORMONY			
eos.	3,8		%	Glukoza	69		mg/dl	TSH	1,54		mIU/L
baso.	1,6		%	Bilirubina	1,2		mg/dl	fT3			ng/dL
luc.			%	Cholesterol			mg/dl	fT4			ng/dL
			%	TG			mg/dl				
			%	BADANIA SEROLOGICZNE							
				HBs Ag.	nieobe	-cny		Przeciwciała			
UKŁAD KRZEPNIĘCIA								ASO	IU / ml		
Data				HLA B 27	nieobe	-cny		Anty HCV	Nie wykryto		
APTT.	32,5		S					p.S. enteritidis			
PT	11,0		s	MOCZ BAD. OGÓLNE				p.Yersinia sp.	W oprac.		
TT	17,200		s	Data				Borelia bg.	W oprac.		
wsk.protr.			%	C. wł.	1,025			Chlam.trach	IgA (-) IgG(-)		
INR	0,956			pH	5			Badania immunologiczne			
fibrinogen	238		mg/dL	Białko	Nieob		mg/dl	Anty CCP <7			
D-dimer			ug/ml	Cukier	Nieob		mg/dl	RF	20	<20	IU / ml
				Aceton	nieob		mg/dl	Przeciwciała przeciwjadrowe -ujemne			
ENZYMY				Urobil.	norma		mg/dl	p. dsDNA			
Data				Barw. ż.				aCL : IgG	IgM		
AspAT	26		U/L	Leukocyty	1-2		wpw	pANCA	c ANCA		
AlAT	26		U/L	Erytrocyty	1-3		wpw	LAC			
GGTP	13		U/L	Wał. szkl.	nieob			Krioglobuliny			
AP	64		U/L	Wał. ziarn.				Kompleksy immunologiczne			
CK			U/L	bakterie	nielicz						
LDH	504		U/L	Erytr./24h			Mln/24h	Komplement: C3 -84,8 , C4 - 19,2 mg/dl			
			U/L	Białko/24h			g/24 h				

Odczyn tuberkulinowy RT 23 –5mm

WZROST: 177 cm

WAGA: 63,9 kg

RR: 110/75 mmHg

EKG : QTc-0,34

RTG klatki piersiowej : Esowate skrzywienie odcinka Th kręgosłupa.

Narządy klatki piersiowej w normie. Jamy opłucnej wolne.

RTG rąk: Podejrzanie o drobną geodę w wyrostku rylcowatym lewej kości łokciowej.

Poza tym kości rąk rtg. w granicach normy.

RTG stawów łokciowych : Części kostne tworzące stawy łokciowe, uwidocznione na wykonanych zdjęciach rtg. w normie, szerokość szpar stawowych zachowana.

RTG kręgosłupa przejścia TH/L i lędźwiowego: Części kostne oraz przestrzenie międzykręgowe przejścia Th/L w granicach normy. Skrzywienie lewo-boczne rotacyjne oraz pogłębiona lordoza fizjologiczna kręgosłupa lędźwiowego. Poziome ustawienie kości krzyżowej. Poza tym części kostne oraz przestrzenie międzykręgowe w granicach normy.

RTG stawów krzyżowo-biodrowych : Na okolicę stawów krzyżowo-biodrowych rzutują się liczne masy kałowe i gazy jelitowe utrudniające ocenę. Obraz rtg niejednoznaczny. Na wykonanym zdjęciu obraz rtg lewego stawu krzyżowo-biodrowego może odpowiadać sacroiliitis okres wczesny? Do badania MR.

USG jamy brzusznej : Wątroba niepowiększona ,o równomiernej echogeniczności ,bez cech poszerzenia podścieliska łącznotkankowego, bez zmian ogniskowych. Struktury naczyniowe wątroby prawidłowe .Drogi żółciowe nieposzerzone ,pęcherzyk żółciowy bez zmian. Trzustka, śledziona prawidłowej wielkości i strukturze. Nerki położone typowo, prawidłowej wielkości i echogeniczności .Zastój moczu, cech kamicy nie stwierdzono. Przestrzeń zaotrzewnowa okolicy dłuższych naczyń jamy brzusznej bez nieprawidłowych odbić. Aorta brzuszna o prawidłowej średnicy

USG st. ręki lewej : Wyraźnie zwiększona ilość płynu w stawie PIP. Opisane stawy bez widocznego obrzęku błony maziowej , bez cech przekrwienia. Stawy MCP i DIP, ścięgna i ich pochewki bez zmian.

USG ręki prawej : Stawy nadgarstkowo śródręczne, śródręczno-paliczkowe i międzypaliczkowe, zarysy kości i ścięgna i ich pochewki bez zmian.

Kapilaroskopia: Tło blade . Liczba pętli prawidłowa. Pętle średniej długości lub krótkie, proste lub kręte, bardzo cienkie , pojedyncze pętle z zastojem krwi na całym przebiegu. Megakapilar nie stwierdzono. Obrzęk podścieliska.

Konsultacja okulistyczna: Odcinek przedni i dno oczu w normie

Zastosowano leczenie : arechin

EPIKRYZA : Pacjentka 17 letnia skierowana została do I.R. po raz pierwszy celem diagnostyki. Od około 7 lat występują bóle stawów drobnych rąk, okresowo obrzęki PIP, uczucie sztywności porannej ok. 30 min, w godzinach porannych niepełne zaciskanie pięści, ponadto bóle stawów kolanowych , łokciowych oraz bóle kręgosłupa w odcinku Th i L.

W wywiadzie również łatwe ziębnienie , sinienie rąk na zimnie . W 2009r. hospitalizowana w Sosnowcu ,wówczas ANA (-), RF (-), kapilaroskopia- w normie, RTG rąk – bz, rozpoznano : obserwacja w kierunku zapalenia stawów, zalecono NSAID.

Wywiad rodzinny obciążony TRU u babci.

Obecnie pozostaje pod opieką laryngologa z powodu zapalenia zatok , przyjmuje avamys.

W naszej Klinice stwierdzano stan ogólny dobry , w układzie ruchu dyskretne obrzęki z bolesnością uciskową stawów MCP 2 i 3 obu rąk oraz 2-4 PIP, ponadto skrzywienie kręgosłupa.

W badaniach laboratoryjnych wskaźniki zapalne na niskim poziomie , morfologia w normie , nie stwierdzono obecności czynnika reumatoidalnego , przeciwciał przeciwdrożdżowych, przeciwciał anty CCP, antygeny HLA B27. RTG kości - rąk podejrzenie o pojedyncza geodę, poza tym bz. W usg rąk odczyn wysiękowy w stawach PIP ręki lewej bez zmian w błonie maziowej. Ze względu na bóle kręgosłupa wykonano badania rtg: skrzywienie kręgosłupa, podejrzenie o wczesny okres sacroiliitis w lewym stawie krzyżowo-biodrowym. Zaplanowano badanie NMR stawów krzyżowo-biodrowych. Obraz choroby klinicznie odpowiada młodzieńczemu idiopatycznemu zapaleniu stawów , biorąc jednak pod uwagę długi czas trwania objawów zmiany w rtg i usg nie są zaawansowane.

Zastosowano arechin , dalsze decyzje terapeutyczne po zakończeniu terapii zatok i wynikach nmr stawów krzyżowo-biodrowych. Wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym

Zalecenia : Leki : Arechin 1x1 przez 5 dni w tygodniu.

Movalis 1x1 w razie bolow stawów , helcid 1x1

Stała opieka reumatologiczna

Kontrola okulistyczna (odcinek przedni i dno oka) co 6 miesięcy .

Wskazana rehabilitacja stawów i kręgosłupa.

Ochrona przed słońcem

Kontrola badań lab. (morfologia , AspAT ,AlAT,mocznik ,kreatynina ,mocz badanie ogólne)za miesiąc , dalej co 3 miesiące

Lekarz prowadzący:

lek. Agnieszka Gązda
Specjalista Pediatria
9192700

Kierownik Kliniki:

Kierownik Kliniki i Polikliniki
Reumatologii Wieków Rozwojowego

prof. nadzw. dr hab. n. med. Lidia Rutkowska-Sak



Diagnostyka nr 12-00269 Laboratorium oddziału Śląsk 40-145 Katowice, ul. Karłowicza 11

NZOZ EUROKLINIKA JERZY WILGUS
Stolarska, 40-767 Katowice

kod **5377**

oddział =

Lek.kier.:

Oddział:

Poradnia:

Pacjent:

Data rej: 2012-03-21 12:28:35

Adres:

Data ur: 1994-10-02

PESEL: 941002

Badanie	Wynik	Jedn.	MIN	MAX	FLAGA
---------	-------	-------	-----	-----	-------

TSH (ICD-9: L69)

1,350

μIU/ml

Data pobrania : --

Data wykonania :2012-03-21 17:21:46¹

0,350 4,940

FT3 (ICD-9: O55)

2,20

pg/ml

Data pobrania : --

Data wykonania :2012-03-21 17:21:46¹

1,71 3,71

FT4 (ICD-9: O69)

0,90

ng/dl*

Data pobrania : --

Data wykonania :2012-03-21 17:21:46¹

0,79 1,34

Strona: 1 z 1

Wykonano : 1 - SOSNOWIEC
Autoryzował : 1 - A.GRZESIAK,12821;

12821 mgr analityki med. Anna Grzesiak
DIAGNOSTA LABORATORYJNY

*Oznacza, że zastosowano normy przynależne do przedziału wiekowego
Normy podane na wyniku odnoszą się do osób dorosłych, jeżeli nie wyszczególniono inaczej.
Szczegółowe informacje metodyki oznaczeń dostępne są w laboratorium.



Dowiedz się więcej na www.diag.pl

NEURO - MED



CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH

Pracownia Elektroencefalografii
EEG - dorosłych, dzieci i młodzieży

40-521 Katowice ul. Łabędzia 17 (os. Zgrzebnioka)

tel. (32) 205-29-84

e-mail: neuro_med@poczta.onet.pl

Wynik badania EEG

Data 22.10.2013

Nazwisko i imię

Wiek 19

NEURO - MED
LICENCJONOWANA PRACOWNIA
EEG
Dorosłych, dzieci i młodzieży
40-521 Katowice ul. Łabędzia 17
tel. (32) 205-29-84

W zapisie dominuje nadobudnione amplitudy alfa
10-14 Hz i amplit. 70 uV z nadobudnionymi amplitudami
wolnej fali 6-7 Hz i amplit. 100 uV oraz nadobudnionej
amplitudy wolnej fali 17 Hz i amplit. 200 uV.
R.2 - obecne.
HU nie zawiera elementów zapisu.

Wsk: Amplituda politermowa w promieniu normalnym
bez zmian nadobudnionych lub opóźnionych.
Wskazane dane odczytane z zapisu.

dr n. med. KRISTINA LIS-RODZ.
SPECJALISTA NEUROLOG
elektroencefalografii klinicznej
działu EEG
Lp. 69
tel. 205-29-84

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4
Zakład Radiologii
41-902 Bytom, ul. Al. Legionów 10

Bytom, dnia 8.11.2013r.

[redacted] ur. 1994
RTG kr. C w 2 proj.

Anomalia Kimmerly'ego – zamknięcie mostkiem kostnym foramen vertebrae w obrębie łuku tylnego C1.

Zaznaczone kyfotyczne ustawienie odcinka C5-7 ze zniesieniem lordozy szyjnej.

Zmiany przeciążeniowe w stawach międzykręgowych C6/7, C7/Th1.

Lek . L. Wójcik

lek. Lucyna Wójcik
Specjalista Radiolog
1372255

Sosnowiec dn. 04.03.2014

BADANIE ECHOKARDIOGRAFICZNE PRZEZPRZELYKOWE

Pacjentka: [REDACTED]

Lewy przedsionek i uszko lewego przedsionka wolne od skrzeplin i krwi echogennej.

IAS – ASD t2 około 10mm. Wiotka przegroda międzyprzedsionkowa.

Zastawka aortalna: trójplatkowa, morfologicznie bez zmian. Bez fali zwrotnej.

Zastawka mitralna: morfologicznie bez zmian. Bez fali zwrotnej.

Zastawka trójdzielna: morfologicznie bez zmian. Bez fali zwrotnej.

Zastawka pnia płucnego: morfologicznie bez zmian. Bez fali zwrotnej.

Aorta zstępująca: bez zmian.

Osierdzie: bez płynu.

Wnioski.

Stwierdzono obecność ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej typu ASD 2 z obecnym tętniakiem przegrody międzyprzedsionkowej. Pacjentka zakwalifikowana do zabiegu przezskórnego zamknięcia ubytku.

dr n. med.
Ewa Konarska-Kuszevska
specjalista chorób wewnętrznych
KARDIOLOG
7172119

dr n. med.
Przemysław Węglarz
specjalista chorób wewnętrznych
KARDIOLOG
2695080

Poradnia Gastrologiczna
WSS nr 4 Bytom

Bytom dnia 27 .10.2014r.

USG JAMY BRZUSZNEJ

Nazwisko i imię : [REDACTED]

Rozpoznanie lekarza kierującego : Colopathia spastica
Sonoline SI-250 głowica sektorowa 3,5 MHz.

Opis: Wątroba niepowiększona (9,8 cm) o jednorodnym prawidłowym echu. Pęcherzyk żółciowy bezechowy o niepogrubiałych ścianach. PŻW wąski , echoujemny, z.wrotna 9 mm. Trzustka hyperechogenna , o ostrych, nieposzerzonych obrysach .Obie nerki i śledziona w usg zmian nie wykazują . Duże naczynia jamy brzusznej prawidłowej szerokości. Nie uwidoczniłam powiększonych węzłów chłonnych okołoaortalnych ani odcinkowo pogrubiałych ścian przewodu pokarmowego. Pęcherz moczowy zapadnięty.

Dr n. med. EWA BIEN
Specjalista Chorób Wewnętrznych
i Gastroenterologii
Prawo wyk. zaw. 5734173



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5
im. Św. Barbary w Sosnowcu – Szpital im. Św. Barbary
41-200 Sosnowiec Plac Medyków 1 Regon: 000296495
NIP: 644-287-67-26 tel.: (32) 368-20-00 fax.: (32) 368-20-32
Karta informacyjna leczenia szpitalnego

Nr Księgi Głównej
2014/5994
Nr. W Ks. Oddziałowej
2014 /686
Kartoteka:

Oddział Kardiologii Ogólnej

Nazwisko: _____ Imiona: _____
Data Urodzenia: _____ Płeć: _____ PESEL: _____ Oddz. NFZ: _____ Telefon: _____
1994-10-02 K 941002 12
Adres: _____

Data skierowania: 2014-03-04 Lekarz kierujący: Węglarz Przemysław

Przyjęcie: 2014-04-02, 11:53

Wypis: 2014-04-05, 11:30

Tryb przyjęcia: Przyj. planowe na podstawie skierowania Tryb wypisu: Wypisany

Rozpoznanie:

Q21.1 - Ubytek przegrody międzyprzedsionkowej

Opis rozpoznania:

Ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej typu ASD II. Perforowana przegroda międzyprzedsionkowa. Drożny otwór owalny. Zabieg przezskórnego zamknięcia ubytku z implantacją okludera Occlutech Figulla Flex ASD 15mm (03.04.2014).

Epikryza:

Pacjentka z rozpoznawanym ubytkiem w przegrodzie międzyprzedsionkowej typu ASD II oraz współistniejącym drożnym otworem owalnym przyjęta została do Oddziału celem wykonania zabiegu przezskórnego zamknięcia ubytku. W trakcie hospitalizacji wykonano zabieg z implantacją okludera Occlutech Figulla Flex ASD 15mm, zamykając jednocześnie oba ubytki. Zabieg pod kontrolą echokardiografii przezprzelykowe. Pacjentka wypisana do domu z zaleceniem dalszego leczenia i obserwacji ambulatoryjnie.

Zastosowane Leczenie:

Polocard, Clopidix, BetoZK.

Zalecenia:

Dalsza kontrola i leczenie w Poradni Kardiologicznej.

Regularne stosowanie leków:

Polocard 75mg 1x1 tbl.

Clopidix 75mg 1x1 tbl. - przez 6 miesięcy - pod kontrolą morfologii i płytek krwi

BetoZK 25mg 1x1 tbl.

2014-04-02

UKG (data: 02.04.2014, lekarz wykonujący: S.Motyka)

Zastawka mitralna: płatki prawidłowe

Zastawka aortalna: płatki prawidłowe szerokość opuszki 32mm; separacja płatków 20mm;

Lewy przedsionek 33mm; LAA 17cm²; IAS wiotka zmieniona tętniakowato wychyla się w stronę prawą + ASD

typu ostium secundum

Lewa komora: LVIDs: 24mm; LVIDd 43mm; Przegroda m-komorowa 9mm; Tylina ściana: 9mm;

Prawa komora: 24mm; Prawy przedsionek: 12cm²

Badanie Dopplera:

Oddział Kardiologii Ogólnej
Pacjent: [REDACTED] PESEL: 941002 [REDACTED] KG: 2014/5994

MV: E Vmax 0.8 m/s, A Vmax 0.5 m/s,

AV: Vmax 1.2 m/s,

TV: Vmax 0.6 m/s,

PV: Vmax 0.8 m/s, AcT 130 msec

Opis badania: Lewa komora niepowiększona o prawidłowej kurczliwości globalnej i prawidłowej kurczliwości odcinkowej. LVEF 78%. Tetniak IAS + ASD typu ostium secundum z przepływem lewo-prawo.

UKG po zabiegu (04.04.2014): bez płynu w worku osierdzia.

EKG

Rytm zatokowy, miarowy o częstotliwości ok. 90/min. Normogram. Zapis pobudzeń w granicach normy.

Zabieg zamknięcia ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej (03.04.2014)

Zabieg wykonano z dostępu przez żyłę udową prawa. Po przejściu cewnikiem MP przez ubytek w przegrodzie międzyprzedsionkowej wykonano pomiar balonem wymiarującym (w skopii rtg około 15mm, w TEE na "stop flow" około 13mm). Wykonano implantację okludera Occlutech Figulla Flex II ASD 15mm. Prawidłowe położenie i stabilność okludera po implantacji.

Badanie echokardiograficzne przezprzełykowe okołozabiegowe.

Zabieg wykonano pod kontrolą echokardiografii przezprzełykowej. Po implantacji prawidłowe położenie i stabilność okludera. Bez przecieku przez okluder w color dopplerze.

Badania laboratoryjne

Morfologia

Hb 13,1 (g/dl), Ht 39,3 (%), RBC 4,41 (mln/mm³), WBC 6,78 (tys/mm³), PLT 371 (tys/mm³)

Biochemia

Na 137 (mEq/l), K 4,8 (mEq/l), CK (IU/l), CKMB (IU/l), AspAT 33 (IU/l), AlAT 16 (IU/l), Troponina hsT (pg/ml), Kreatynina 0,9 (mg/dl), Glukoza 84 (mg/dl), D-Dimery (ug/ml), CRP (mg/l), kwas moczowy (mg/dl)

Układ krzepnięcia

INR 1,07, wskaźnik protrombinowy 95 (%), APTT 29,4 (s)

Lipidogram

Cholesterol 137 (mg/dl), HDL 57 (mg/dl), LDL 75 (mg/dl), TGL 65 (mg/dl)

6-7.
dr n. med. BOGDAN KLOTZ
specjalista chorób wewnętrznych
KARDIOLOG
67 3382

LUCYNA BIELA-CHADZIŃSKA
LEKARZ CHOROBY WEWNĘTRZNYCH
S.R.K.CH. 952203862
ID ZUS 1852
NR REJ. LEK. 000500051847

Pieczętka i Podpis Ordynatora

Pieczętka i Podpis Lekarza

Strona 2 z 2

Wydrukowano z systemu AMMS w dniu: 2014-04-05, przez: LUCYNA BIELA-CHADZIŃSKA

Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.

Katowice, ul. Żelazna 1

ID Pacjenta: 611565
 Nazwa: XXXXXXXXXX
 Numer: 4

Test: Ana Profil3 (14 Ag, PCNA)
 Utworzony dnia: 2015-10-30
 Wyniki: 2015-10-30

Antygen	Intensywność	Klasa	o (+)	+	++	+++
RNP/Sm (RNP/Sm)	2	o				
Sm (Sm)	2	o				
SS-A natywne (60 kDa) (SSA)	2	o				
Ro-52 rekombinant (52)	2	o				
SS-B (SSB)	2	o				
Scl-70 (Scl)	2	o				
PM-Scl100 (PM100)	0	o				
Jo-1 (Jo)	3	o				
Centromer B (CB)	4	o				
PCNA (PCNA)	0	o				
dsDNA (DNA)	2	o				
Nukleosomy (NUC)	0	o				
Histony (HI)	0	o				
Ribosomal-P-protein (RIB)	0	o				
AMA-M2 (M2)	1	o				
Kontrola (Vs)	53	+++				

Klasa	Objaśnienie
o	negatywny
(+)	Graniczne
+	pozytywny
++	pozytywny
+++	Silnie pozytywny

56510
 dr ANMEO MANASAR
 DIAGNOSTIC LABORATORY

Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.
Centralne Laboratorium
ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice
tel. (32) 359 09 22
fax. (32) 359 09 28
e-mail: bok@sla.pl
www.sla.pl

Data wydruku: 30-10-2015

WYNIK ZLECENIA 61/1565/10/15

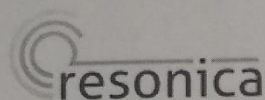
Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
p/jadrowe,p/jaderekowe przeciw składnikom cytoplazmy:dsDNA,ssDNA, histonowe,nRNP,Sm, SS-A(Ro),SS-B(La), Fibrylarynowe, RNA-polimeraza I, PM-Scl(PM-1), centromerowe(ACA), Mi,Ku,Sci-70, p/cyklinowe(PCNA), rybosomalne,Jo-1, mitochondrialne, cytoszkietowe....	słabe świecenie cytoszkietowe kom. HEp-2. Miano: 1:160 (Rozcieńczenie wyjśc. surowicy: 1:100).				
przeciw Aparatowi Golgiego,przeciw lizosomom oraz przeciw wrzecionu podziałowemu	Test ANA Profiol3: UJEMNY PATRZ ZAŁĄCZNIK				
.....	WYNIK BADANIA IFT NALEŻY OCENIAĆ UWZGLĘDNIAJĄC OBRAZ KLINICZNY PACJENTA Uwaga! wskazana kontrola po upływie 6 miesięcy.				
.....					
.....					
.....					
.....					

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.
Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001

Zatwierdzający:

05510

Dr AHMED MANASAR
DIAGNOSTIC LABORATORY



pracownia rezonansu magnetycznego

Wynik badania MR

Rodzaj badania: Badanie MR mózgu

Nazwisko i imię: [REDACTED]

Pesel: 941002 [REDACTED]

Skierowanie: prywatne

Placówka: Prywatne

Data urodzenia: 1994-10-02

Data badania: 2015-11-25

Numer badania: 9992167

Wynik badania:

Badanie MR głowy wykonano aparatem Siemens Magnetom 1,5T, przed i po dożylnym podaniu środka kontrastowego, w sekwencjach T1 i T2-zależnych oraz TIRM i DWI, w płaszczyznach strzałkowych, poprzecznych i czołowych.

Dane ze skierowania: bóle głowy i zaburzenia widzenia.

Intensywność sygnału istoty szarej i białej mózgowia w wykonanych sekwencjach w granicach normy.

Po dożylnym podaniu środka cieniującego nie uwidoczniło ognisk patologicznego wzmocnienia.

Układ komorowy symetryczny, nieposzerzony, nieprzemieszczony.

Migdałki mózgu powyżej wysokości otworu wielkiego.

Objęty zakresem badania odcinek rdzenia kręgowego bez obecności patologicznych sygnałów.

W sekwencjach dyfuzyjnych nie uwidoczniło ognisk patologicznego sygnału.

Niewielkie zapalne pogrubienia śluzówek sitowia i zatok szczękowych.

Wnioski: Struktury OUN w granicach normy w badaniu MR.

Lekarz opisujący: dr n. med. Tomasz Lebda-Wyborny

Specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej.

Podano środek kontrastujący

TAK

Podpis i pieczęć lekarza

dr n. med.
TOMASZ LEBDA-WYBORNY
SPECJALISTA RADIOLII I
DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
4352554

Wynik badania MR

Rodzaj badania: Badanie MR odcinka lędźwiowego kręgosłupa

Nazwisko i imię: [REDACTED]

Pesel: 941002 [REDACTED]

Skierowanie: Olszewski Tomasz

Placówka: Prywatne

Data urodzenia: 1994-10-02

Data badania: 2015-09-14

Numer badania: 9991456

Wynik badania:

MR kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego

Badanie MR wykonano aparatem Siemens 1,5 T, uzyskując obrazy T1- i T2-zależne, oraz z saturacją sygnału tkanki tłuszczowej, w płaszczyznach czołowych, strzałkowych i poprzecznych.

Dane ze skierowania: Podejrzanie dyskopatii w odcinku lędźwiowym.

Pogłębienie lordozy lędźwiowej w dolnym odcinku kręgosłupa lędźwiowego z horyzontalnym ustawieniem kości krzyżowej.

Nasilone, lewoboczne skrzywienie kręgosłupa lędźwiowego.

Końcowy odcinek rdzenia kręgowego bez patologicznych sygnałów.

Niewielkie zwężenie krążka międzykręgowego L5/S1.

Przestrzenie L1/L2, L2/L3, L3/L4 - brak cech przepukliny krążka międzykręgowego.

Przestrzeń L4/L5 - obwodowe rozluźnienie pierścienia włóknistego modelujące worek oponowy i spływające zachyłek boczny po stronie lewej. Lewy otwór międzykręgowy zwężony w części dolnej.

Przestrzeń L5/S1 - niewielkie obwodowe rozluźnienie pierścienia włóknistego modelujące worek oponowy

Aleksandra Koczy-Baron
SPECJALISTA RADIOLOGII
I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
1822921

Podano środek kontrastujący

NIE

Podpis i pieczęć lekarza

Wynik badania MR

Rodzaj badania: Badanie MR stawów krzyżowo - biodrowych

Nazwisko i imię: [REDACTED]

Pesel: 941002 [REDACTED]

Skierowanie: Widuchowska Małgorzata

Placówka: Prywatne

Data urodzenia: 1994-10-02

Data badania: 2015-11-25

Numer badania: 9992167

Wynik badania:

Badanie MR stawów krzyżowo-biodrowych wykonano aparatem Siemens Magnetom 1,5T, uzyskując obrazy T1-, T2-zależne, T2-zależne z saturacją sygnału tkanki tłuszczowej, w płaszczyznach czołowych i poprzecznych, przed i po dożylnym podaniu środka kontrastowego.

Dane ze skierowania/ankiety: bóle okolicy krzyżowej, RZS.

Szerokość szpar stawowych stawów krzyżowo-biodrowych zachowana.

Powierzchnie stawowe o równych, gładkich obrysach.

Objęte zakresem badania elementy kostne prawidłowe.

Mięśnie symetryczne, bez cech zaników.

Po dożylnym podaniu środka kontrastowego nie uwidoczniło się obszarów nieprawidłowego wzmocnienia.

Innych zmian nie uwidoczniło się.

Wnioski: MR stawów krzyżowo-biodrowych w granicach normy.

Lekarz opisujący: dr n. med. Tomasz Lebda-Wyborny

Specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej

Podano środek kontrastujący

TAK

Podpis i pieczęć lekarza

DR n. med.
TOMASZ LEBDA-WYBORNY
SPECJALISTA RADIOLII I
DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
4862554

SP Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. Dr. J. Daaba
41-940 Piekary Śląskie, Bytomska 62
Zespół Lecznictwa AmbulATORYJNEGO
Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dorosłych
REGON: 000868307 NIP: 4980107015 tel. 32 3934258
k.(I): 000000013304 k.(V): 03 k.(VII): 013 k.(VIII): 1580
121/100358/02/1/2015

Data: 9.12.2015

HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY

Kartoteka: 335095

Kod chor.: M51.8

Nazwisko Imię:

Data urodz.: 2.10.1994

PESEL: 941002

Adres:

5

Lekarz prowadzący: Olszewski Tomasz 6562661

Medicus by GaBoS Software

Wywiad, leczenie, zalecenia

Pacjentka zgłosiła się celem kontroli z wynikiem badania MRI kręgosłupa lędźwiowego – nie stwierdza się istotnych zmian, widoczna jedynie niewielkiego stopnia dyskopatia L4/L5 oraz boczne skrzywienie w odcinku lędźwiowym.

Pacjentka po konsultacji reumatologicznej. Zalecono leki p.bólowe, p.zapalne, rozluźniające mięśnie.

Wskazano kontynuację leczenia zachowawczego farmakoterapii i rehabilitacji – wystawiono skierowanie.

Kontrola kliniczna w razie potrzeby po wcześniejszym uzgodnieniu terminu codziennie w godz. 7.30. - 8.30 tel: 032 39-34-204

Skierowania

Wydano skierowanie do specjalisty/poradni: Poradnia Rehabilitacyjna - kontrakt z NFZ

lek. Tomasz Olszewski
specjalista ortopedii i traumatologii
6562661

Data rej.: 09/06/2015

Nazw. i imię:

PESEL: 941002

Zleceńodawca: **NZOZ VITA-MED SP. Z O.O.**

Lekarz: **TEBINKA ZBIGNIEW**

Nr zlecenia: 291379

Godzina pobr.: 07:45

Miejsce odb.: **P11**

Immunochemia

TSH	ICD L69.09	2,35	μIU/ml	[0.51 - 4.30]
FT4	ICD O69.09	17,13	pmol/l	[12.6 - 21.0]
FT3	ICD O55.09	4,63	pmol/l	[3.93 - 7.70]


mgr Olga Zawada

mgr DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Autoryzacja wyniku

Laboratorium posiada aktualne Certyfikaty Jakości Badań wystawione przez Centralny
Ośrodek Jakości Badań w Diagnostyce Laboratoryjnej.

Badania wykonano na analizatorach oraz zestawach odczynnikowych firmy Roche Diagnostics

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
VITA-MED
PORADNIA POZ
41-933 BYTOM, ul. Tysiąclecia 3
NIP 626 29 15 867 REGON 240913950
Umowa 121/211336 Tel. (32) 286-57-42

SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4
41-902 Bytom Al. Legionów 10
tel. 32 281 02 71 fax. 32 281 02 70
Kod resortowy I: 2401049, Kod resortowy V: 01
Zakład Radiologii - Pracownia Radiodiagnostyki
tel. 32 396 41 04

Bytom, 2016-06-10 17:49:24

Nazwisko i Imię

Rodzaj badania

Data badania **2016-06-10 17:19:57**

Data opisu **2016-06-10 17:49:24**

Data ur. **1994-10-02**

PESEL

Instytucja kierująca

Opis

rtg kręgosłupa szyjnego AP + boczne

Zniesienie lordozy szyjnej w ustawieniu pośrednim z niewielką kyfotyzacją w jego środkowym odcinku.
Anomalia Kimmerlego- mostek kostny na łuku C1

lek. M. Zwoliński

Zatwierdził **lek. M. Zwoliński, Michał**

ul. Reptaria 5/24
lek. med. Zwoliński Michał
6085341

Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.
Centralne Laboratorium
ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice
tel. (32) 416 25 00
fax. (32) 359 09 28
e-mail: bok@sla.pl
Bakteriologia: (32) 609 38 80
www.sla.pl

Korespondencja dla:
Punkt Pobrań ŚLA
Stolarzowicka 26b
Bytom

Data wydruku: 16-11-2017



Data badania: 16-11-2017
Data pobrania: 16-11-2017 06:34
Data przyjęcia: 16-11-2017 13:44

Dane pacjenta:

Oddział: 1227 Nr zł: 1227/3230/11/17

Lekarz zlecający:

Urodzony Pl. Nr pacj. Pesel
02-10-1994 K V17811 941002

WYNIK ZLECENIA 1227/3230/11/17

Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
4 C32 / Leukogram					
Gran. oboj. segmentowany	32	%	50	70	[-----]
Limfocyt	59	%	20	40	[-----]o
Eozynofil	4	%	0	5	[-----g---]
Bazofil	1	%	0	1	[-----o-]
Monocyt	4	%	3	11	[a-----]
9 C53 / Morfologia krwi obwodowej					
/ WBC	3.63	10 ³ /uL	3.98	10.4	[-----]
RBC	4.42	10 ⁶ /uL	3.93	5.22	[-----]
HGB	13.9	g/dl	11.2	15.7	[-----g---]
HCT	41.0	%	34.1	44.9	[-----g---]
MCV	92.8	fL	79.4	94.8	[-----g---]
MCH	31.4	pg	25.6	32.2	[-----g---]
MCHC	33.9	g/dL	32.2	35.5	[-----g---]
PLT	243	10 ³ /uL	182	369	[-----g---]
RDW-SD	42.1	fL	36.4	46.3	[-----g---]
RDW-CV	12.2	%	11.7	14.4	[-----g---]
PDW	12.2	fL	9.8	16.2	[-----g---]
MPV	10.7	fL	9.4	12.5	[-----g---]
P-LCR	30.5	%	19.1	46.6	[-----g---]
PCT	0.26	%	0.17	0.38	[-----g---]
102 I19 / GOT/AST	35.6	U/L	0	34	[-----]o
103 I17 / GPT/ALT	30.6	U/L	10	49	[-----g---]

Dla Państwa bezpieczeństwa oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami laboratorium nie przekazuje informacji o wynikach badań drogą telefoniczną.

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.

Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001
Kierownik laboratorium - mgr Agata Gaida-Łatkowska
Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

05241

Zatwierdzający:
mgr HANNA BOTOR
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista laboratoryjnej
diagnostyki medycznej

Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.
Centralne Laboratorium
ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice
tel. (32) 416 25 00
fax. (32) 359 09 28
e-mail: bok@sla.pl
www.sla.pl

Data wydruku: 16-11-2017

WYNIK ZLECENIA 1227/3230/11/17

Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
107 N13 / Mocznik					
wynik w surowicy :	31.0	mg/dl	19	49	[-----o-----]
108 M37 / Kreatynina	0.8	mg/dl	0.5	1.1	[-----o-----]
258 A01 / Analiza moczu					
Bilirubina	nieobecna				
Urobilinogen	w normie	mg/dl		2	
Ketony	nieobecne				
Kwas askorbinowy	nieobecny				
Glukoza	nieobecna	mg/dl			
Białko	nieobecne	mg/dl			
Krew	nieobecna				
pH	5.0		5	7.5	[o-----]
Nitraty	nieobecne				
Leukocyty	nieobecne				
Ciezar Własciwy	1.019	kg/L	1.015	1.035	[o-----]
Klarownosc	Przejrzysty				
Kolor	Zółty				
Krwinki czerwone	0-3	wpw			
Leukocyty	0-5	wpw			
Nabłonki płaskie	pojedyncze	wpw			
Sluz	pojedyncze	wpw			
394 O91 / Witamina D3(25-OH)	36.57	ng/ml	30	100	[o-----]

Dla Państwa bezpieczeństwa oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami laboratorium nie przekazuje informacji o wynikach badań drogą telefoniczną.

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.

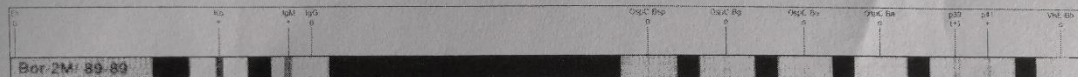
Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001
Kierownik laboratorium - mgr Agata Gaida-Latkowska
Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

05241

Zatwierdzający:
mgr HANNA BOTOR
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista laboratoryjnej
diagnostyki medycznej

ID pacjenta: 12270605
 Utworzony dnia: 2017-09-11
 Wyniki z: 2017-09-11

Test: Borrelia EUROLINE RN-AT adv IgM
 Pasek: 27
 Nazwisko pacjenta: [REDACTED]



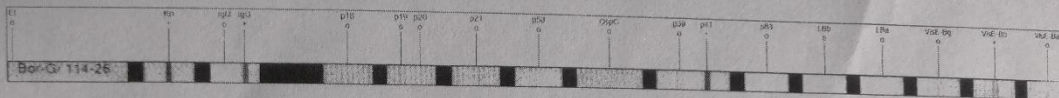
Antygen	Intensywność	Klasa	o	(+)	+
VisE Borrelia burgdorferi	4	o			
Flagellin Borrelia afzelii	30	+			
BmpA Borrelia burgdorferi	24	(+)			
OspC Borrelia afzelii	2	o			
OspC Borrelia burgdorferi	4	o			
OspC Borrelia garinii	6	o			
OspC Borrelia spielmanii	6	o			
Kontrola Koniugatu IgG	-1				
Kontrola Koniugatu IgM	98	+			
Pasmo kontrolne	148	+			

Test	Wynik
Borrelia EUROLINE RN-AT adv IgM	negatywny

Intensywność	Klasa	Objaśnienie
0 - 15	o	negatywny
16 - 25	(+)	Graniczne
26 - 255	+	pozytywny

ID pacjenta: 12270605
 Utworzony dnia: 2017-09-11
 Wyniki z: 2017-09-11

Test: EUROLINE Borrelia IgG
 Pasek: 2
 Nazwisko pacjenta: [REDACTED]



Antygen	Intensywność	Klasa	o	(+)	+
VisE Borrelia afzelii	11	o			+
VisE Borrelia burgdorferi	36	+			
VisE Borrelia garinii	4	o			
Lipid Borrelia afzelii	0	o			
Lipid Borrelia burgdorferi	1	o			
p83	4	o			
Flagellin	142	+			
BmpA	10	o			
OspC	10	o			
BB_A34	4	o			
BB_K53	11	o			
BB_Q03	5	o			
BB_N38	6	o			
BB_P38	8	o			
Kontrola Koniugatu IgG	118	+			
Kontrola Koniugatu IgM	-1				
Pasmo kontrolne	154	+			

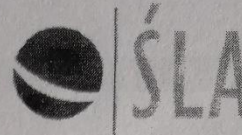
Test	Wynik
EUROLINE Borrelia IgG	pozytywny

Intensywność	Klasa	Objaśnienie
0 - 15	o	negatywny
16 - 25	(+)	Graniczne
26 - 255	+	pozytywny

Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.
Centralne Laboratorium
ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice
tel. (32) 416 25 00
fax. (32) 359 09 28
e-mail: bok@sla.pl
Bakteriologia: (32) 609 38 80
www.sla.pl

Korespondencja dla:
Punkt Pobrań ŚLA
Stolarzowicka 26b
Bytom

Data wydruku: 11-09-2017



Data badania: 11-09-2017
Data pobrania: 06-09-2017 06:15
Data przyjęcia: 06-09-2017 13:53

Dane pacjenta:

Oddział: 1227 Nr zł: 1227/0605/09/17

Lekarz zlecający:

Urodzony Pi. Nr pacj. Pesel
02-10-1994 K V17811 941002

WYNIK ZLECENIA 1227/0605/09/17

Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
371 S27 / IgM Borrelia WesternBlot RNAT					
/ Wynik	NEGATYWNY				
	PATRZ ZAŁĄCZNIK				
372 S23 / IgG Borrelia WesternBlot RNAT					
Wynik	POZYTYWNY				
	PATRZ ZAŁĄCZNIK				

Dla Państwa bezpieczeństwa oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami laboratorium nie przekazuje informacji o wynikach badań drogą telefoniczną.

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.

Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001
Kierownik laboratorium - mgr Agata Gaida-Latkowska
Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

Zatwierdzający:
mgr HANNA BOTOR
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista laboratoryjnej
diagnostyki medycznej

05241

Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.
Centralne Laboratorium
ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice
tel. (32) 416 25 00
fax. (32) 359 09 28
e-mail: bok@sla.pl
Bakteriologia: (32) 609 38 80
www.sla.pl

Korespondencja dla:
Punkt Pobrań ŚLA
Stolarzowicka 26b
Bytom

Data wydruku: 06-02-2018



Data badania: 06-02-2018
Data pobrania: 06-02-2018 07:23
Data przyjęcia: 06-02-2018 14:18

Dane pacjenta:

Oddział: 1227 Nr zł: 1227/5313/02/18

Lekarz zlecający:

Urodzony Pł.
02-10-1994 K

Nr pacj. Pesel
V17811 941002

WYNIK ZLECENIA 1227/5313/02/18

Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
4 C32 / Leukogram					
Gran. oboj. segmentowany	50	%	50	70	[o-----]
Limfocyt	43	%	20	40	[-----o]
Eozynofil	3	%	0	5	[-----o-----]
Monocyt	4	%	3	11	[o-----]
9 C53 / Morfologia krwi obwodowej					
/ WBC	4.84	10 ³ /uL	3.98	10.4	[-----o]
RBC	4.36	10 ⁶ /uL	3.93	5.22	[-----o]
HGB	13.5	g/dl	11.2	15.7	[-----o]
HCT	41.9	%	34.1	44.9	[-----o]
MCV	96.1	fL	79.4	94.8	[-----o]
MCH	31.0	pg	25.6	32.2	[-----o]
MCHC	32.2	g/dL	32.2	35.5	[o-----]
PLT	297	10 ³ /uL	182	369	[-----o]
RDW-SD	42.1	fL	36.4	46.3	[-----o]
RDW-CV	11.9	%	11.7	14.4	[o-----]
PDW	11.7	fL	9.8	16.2	[-----o]
MPV	10.5	fL	9.4	12.5	[-----o]
P-LCR	28.2	%	19.1	46.6	[-----o]
PCT	0.31	%	0.17	0.38	[-----o]
102 I19 / GOT/AST	36.3	U/L	0	34	[-----o]
103 I17 / GPT/ALT	28.2	U/L	10	49	[-----o]
107 N13 / Moczniak					

Dla Państwa bezpieczeństwa oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami laboratorium nie przekazuje informacji o wynikach badań drogą telefoniczną.

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.

Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001
Kierownik laboratorium - mgr Agata Gaida-Latkowska
Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

Zatwierdzający:

mgr EWEŁA SYRNIK
DIAGNOSTA LABORATORYJNY

WYNIK ZLECENIA 1227/5313/02/18

Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
wynik w surowicy :	26.3	mg/dl	19	49	[--o-----]
108 M37 / Kreatynina	0.7	mg/dl	0.5	1.1	[---o-----]
258 A01 / Analiza moczu					
Bilirubina	nieobecna				
Urobilinogen	w normie	mg/dl		2	
Ketony	nieobecne				
Kwas askorbinowy	nieobecny				
Glukoza	nieobecna	mg/dl			
Białko	nieobecne	mg/dl			
Krew	ślaz				
pH	6.0		5	7.5	[---o-----]
Nitraty	nieobecne				
Leukocyty	nieobecne				
Ciezar Własciwy	1.010	kg/L	1.015	1.035	o[-----]
Klarownosc	Przejrzysty				
Kolor	Słomkowy				
Krwinki czerwone	0-3	wpw			
Leukocyty	0-5	wpw			
Bakterie	pojedyncze	wpw			
Nablonki płaskie	pojedyncze	wpw			
Śluz	pojedyncze	wpw			
394 091 / Witamina D3(25-OH)	27.18	ng/ml	30	100	o[-----]

Dla Państwa bezpieczeństwa oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami laboratorium nie przekazuje informacji o wynikach badań drogą telefoniczną.

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.

Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001
Kierownik laboratorium - mgr Agata Gaida-Latkowska
Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

Zatwierdzający:

mgr EWELINA SYRNIK
DIAGNOSTA LABORATORYJNY

Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.
Centralne Laboratorium
ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice
tel. (32) 416 25 00
fax. (32) 359 09 28
e-mail: bok@sla.pl
Bakteriologia: (32) 609 38 80
www.sla.pl

Korespondencja dla:
Punkt Pobrań ŚLA
Stolarzowicka 26b
Bytom

Data wydruku: 07-03-2018



Data badania: 07-03-2018
Data pobrania: 07-03-2018 06:17
Data przyjęcia: 07-03-2018 14:17

Dane pacjenta:

Oddział: 1227 Nr zł: 1227/6344/03/18

Lekarz zlecający:

Urodzony Pł.
02-10-1994 K

Nr pacj. Pesel
V17811 941002

WYNIK ZLECENIA 1227/6344/03/18

Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
4 C32 / Leukogram					
Gran. oboj. segmentowany	45	%	50	70	o[-----]
Limfocyt	48	%	20	40	[-----]o
Eozynofil	3	%	0	5	[-----o-----]
Bazofil	1	%	0	1	[-----o-]
Monocyt	3	%	3	11	[o-----]
9 C53 / Morfologia krwi obwodowej					
/ WBC	5.36	10 ³ /uL	3.98	10.4	[--o-----]
RBC	4.31	10 ⁶ /uL	3.93	5.22	[---o-----]
HGB	13.5	g/dl	11.2	15.7	[-----o-----]
HCT	40.2	%	34.1	44.9	[-----o-----]
MCV	93.3	fL	79.4	94.8	[-----o-----]
MCH	31.3	pg	25.6	32.2	[-----o-----]
MCHC	33.6	g/dL	32.2	35.5	[-----o-----]
PLT	285	10 ³ /uL	182	369	[-----o-----]
RDW-SD	39.4	fL	36.4	46.3	[---o-----]
RDW-CV	11.9	%	11.7	14.4	[o-----]
PDW	12.5	fL	9.8	16.2	[-----o-----]
MPV	10.6	fL	9.4	12.5	[-----o-----]
P-LCR	29.8	%	19.1	46.6	[-----o-----]
PCT	0.30	%	0.17	0.38	[-----o-----]
102 I19 / GOT/AST	33.4	U/L	0	34	[-----o-]
103 I17 / GPT/ALT	24.4	U/L	10	49	[----o-----]

Dla Państwa bezpieczeństwa oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami laboratorium nie przekazuje informacji o wynikach badań drogą telefoniczną.

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.

Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości

Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001

Kierownik laboratorium - mgr Agata Gaida-Latkowska

Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

Zatwierdzający:

mgr KAROLINA JAROCHA
DIAGNOSTA LABORATORYJNY

WYNIK ZLECENIA 1227/6344/03/18

Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
107 N13 / Mocznik					
wynik w surowicy :	46.4	mg/dl	19	49	[-----o---]
108 M37 / Kreatynina	0.7	mg/dl	0.5	1.1	[---o-----]
258 A01 / Analiza moczu					
Bilirubina	nieobecna				
Urobilinogen	w normie	mg/dl		2	
Ketony	nieobecne				
Kwas askorbinowy	nieobecny				
Glukoza	nieobecna	mg/dl			
Białko	nieobecne	mg/dl			
Krew	nieobecna				
pH	6.0		5	7.5	[---o-----]
Nitraty	nieobecne				
Leukocyty	nieobecne				
Ciezar Własciwy	1.012	kg/L	1.015	1.035	o[-----]
Klarownosc	Przejrzysty				
Kolor	Słomkowy				
OCENA MIKROSKOPOWA	.	wpw			
Leukocyty	0-5	wpw			
Nablonki płaskie	pojedyncze	wpw			
394 O91 / Witamina D3(25-OH)	27.50	ng/ml	30	100	o[-----]

Dla Państwa bezpieczeństwa oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami laboratorium nie przekazuje informacji o wynikach badań drogą telefoniczną.

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.

Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001

Kierownik laboratorium - mgr Agata Gaida-Latkowska
Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

Zatwierdzający:

11388

mgr KAROLINA JAROCHA
DIAGNOSTA LABORATORYJNY

Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.
Centralne Laboratorium
ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice
tel. (32) 416 25 00
fax. (32) 359 09 28
e-mail: bok@sla.pl
Bakteriologia: (32) 609 38 80
www.sla.pl

Korespondencja dla:
Punkt Pobrań ŚLA
Stolarzowicka 26b
Bytom

Data wydruku: 05-04-2018



Data badania: 05-04-2018
Data pobrania: 05-04-2018 07:04
Data przyjęcia: 05-04-2018 14:32

Dane pacjenta:

Oddział: 1227 Nr zł: 1227/6598/04/18

Lekarz zlecający:

Urodzony Pł.
02-10-1994 K

Nr pacj. Pesel
V17811 941002

WYNIK ZLECENIA 1227/6598/04/18

Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
4 C32 / Leukogram					
Gran. oboj. segmentowany	56	%	50	70	[---0-----]
Limfocyt	37	%	20	40	[-----0----
Eozynofil	3	%	0	5	[-----0-----]
Monocyt	4	%	3	11	[0-----]
9 C53 / Morfologia krwi obwodowej					
/ WBC	6.44	10 ³ /uL	3.98	10.4	[---0-----]
RBC	4.45	10 ⁶ /uL	3.93	5.22	[-----0-----]
HGB	14.0	g/dl	11.2	15.7	[-----0-----]
HCT	41.9	%	34.1	44.9	[-----0-----]
MCV	94.2	fL	79.4	94.8	[-----0--]
MCH	31.5	pg	25.6	32.2	[-----0--]
MCHC	33.4	g/dL	32.2	35.5	[---0-----]
PLT	307	10 ³ /uL	182	369	[-----0-----]
RDW-SD	41.1	fL	36.4	46.3	[-----0-----]
RDW-CV	11.9	%	11.7	14.4	[0-----]
PDW	12.4	fL	9.8	16.2	[---0-----]
MPV	10.3	fL	9.4	12.5	[---0-----]
P-LCR	27.8	%	19.1	46.6	[---0-----]
PCT	0.32	%	0.17	0.38	[-----0-----]
102 I19 / GOT/AST	29.5	U/L	0	34	[-----0--]
103 I17 / GPT/ALT	34.0	U/L	10	49	[-----0-----]
107 N13 / Mocznik					

Dla Państwa bezpieczeństwa oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami laboratorium nie przekazuje informacji o wynikach badań drogą telefoniczną.

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.

Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001
Kierownik laboratorium - mgr Agata Gaida-Latkowska
Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

05241
Zatwierdzający:
mgr HANNA BOTOR
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista laboratoryjnej
diagnostyki medycznej

WYNIK ZLECENIA 1227/6598/04/18

Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
wynik w surowicy :	32.5	mg/dl	19	49	[-----o-----]
108 M37 / Kreatynina	0.8	mg/dl	0.5	1.1	[-----o-----]
258 A01 / Analiza moczu					
Bilirubina	nieobecna				
Urobilinogen	w normie	mg/dl		2	
Ketony	nieobecne				
Kwas askorbinowy	nieobecny				
Glukoza	nieobecna	mg/dl			
Białko	nieobecne	mg/dl			
Krew	nieobecna				
pH	5.5		5	7.5	[---o-----]
Nitraty	nieobecne				
Leukocyty	nieobecne				
Ciezar Własciwy	1.010	kg/L	1.015	1.035	o[-----]
Klarownosc	Przejrzysty				
Kolor	Słomkowy				
OCENA MIKROSKOPOWA	.	wpw			
Leukocyty	0-5	wpw			
Bakterie	pojedyncze	wpw			
Nablonki płaskie	pojedyncze	wpw			
394 091 / Witamina D3(25-OH)	26.97	ng/ml	30	100	o[-----]

Dla Państwa bezpieczeństwa oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami laboratorium nie przekazuje informacji o wynikach badań drogą telefoniczną.

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.

Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001

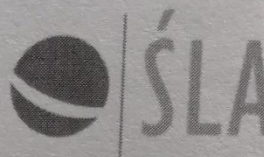
Kierownik laboratorium - mgr Agata Gaida-Latkowska
Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

Zatwierdzający:
mgr HANNA BOTOR
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista laboratoryjnej
diagnostyki medycznej

05241

Śląskie Laboratoria Analityczne Sp. z o.o.
Centralne Laboratorium
ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice
tel. (32) 416 25 00
fax. (32) 359 09 28
e-mail: bok@sla.pl
Bakteriologia: (32) 609 38 80
www.sla.pl
Korespondencja dla:
Punkt Pobrań ŚLA
Stolarzowicka 26b
Bytom

Data wydruku: 04-05-2018



Data badania: 04-05-2018
Data pobrania: 04-05-2018 06:50
Data przyjęcia: 04-05-2018 13:43

Dane pacjenta:

Oddział: 1227 Nr zł: 1227/7682/05/18

Lekarz zlecający:

Urodzony Pł.
02-10-1994 K

Nr pacj. Pesel
V17811 941002

WYNIK ZLECENIA 1227/7682/05/18

Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
4 C32 / Leukogram					
Gran. oboj. segmentowany	46	%	50	70	o[.....]
Limfocyt	46	%	20	40	[.....]o
Eozynofil	4	%	0	5	[.....o....]
Bazofil	1	%	0	1	[.....o..]
Monocyt	3	%	3	11	[o.....]
11 C55 / Morfologia 25 parametrów					
WBC	6.03	10 ³ /uL	3.98	10.04	[...o.....]
RBC	4.30	10 ⁶ /uL	3.93	5.22	[...o.....]
HGB	14.2	g/dL	11.2	15.7	[.....o....]
HCT	42.2	%	34.1	44.9	[.....o....]
MCV	98.1	fL	79.4	94.8	[.....o..o]
MCH	33.0	pg	25.6	32.2	[.....o..o]
MCHC	33.6	g/dL	32.2	35.5	[.....o....]
PLT	348	10 ³ /uL	182	369	[.....o....]
RDW-SD	43.9	fL	36.4	46.3	[.....o....]
RDW-CV	12.2	%	11.7	14.4	[..o.....]
PDW	11.5	fL	9.8	16.2	[..o.....]
MPV	10.1	fL	9.4	12.5	[..o.....]
P-LCR	25.2	%	19.1	46.6	[..o.....]
PCT	0.35	%	0.17	0.38	[.....o....]
NEUT	2.60	10 ³ /uL	1.56	6.13	[..o.....]
LYMPH	2.62	10 ³ /uL	1.18	3.74	[.....o....]

Dla Państwa bezpieczeństwa oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami laboratorium nie przekazuje informacji o wynikach badań drogą telefoniczną.

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.

Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001
Kierownik laboratorium - mgr Agata Gaida-Latkowska
Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

Zatwierdzający:
mgr HANNA BOTOR
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista laboratoryjnej
diagnostyki medycznej

05241

WYNIK ZLECENIA 1227/7682/05/18

Nr ICD9 / Nazwa badania	Wynik	Jedn.	Norma min.	Norma max.	Grafika
MONO	0.54	10 ³ /uL	0.24	0.36	[.....]o
EO	0.21	10 ³ /uL	0.04	0.36	[.....]o
BASO	0.06	10 ³ /uL	0.01	0.08	[.....]o
NEUT(%)	43.1	%	34	71.1	[.....]o
LYMPH(%)	43.4	%	19.3	51.7	[.....]o
MONO(%)	9.0	%	4.7	12.5	[.....]o
EO(%)	3.5	%	0.7	5.8	[.....]o
BASO(%)	1.0	%	0.1	1.2	[.....]o
102 I19 / GOT/AST	34.5	U/L	0	34	[.....]o
103 I17 / GPT/ALT	36.0	U/L	10	49	[.....]o
107 N13 / Mocznik					
wynik w surowicy :	34.9	mg/dl	19	49	[.....]o
108 M37 / Kreatynina	0.8	mg/dl	0.5	1.1	[.....]o
258 A01 / Analiza moczu					
Bilirubina	nieobecna				
Urobilinogen	w normie	mg/dl		2	
Ketony	nieobecne				
Kwas askorbinowy	nieobecny				
Glukoza	nieobecna	mg/dl			
Białko	nieobecne	mg/dl			
Krew	nieobecna				
pH	5.5		5	7.5	[.....]o
Nitraty	nieobecne				
Leukocyty	nieobecne				
Cieźar Własciwy	1.012	kg/L	1.015	1.035	[.....]o
Klarownosc	Przejrzysty				
Kolor	J. żółty				
OCENA MIKROSKOPOWA	.	wpw			
Krwinki czerwone	0-3	wpw			
Bakterie	pojedyncze	wpw			
Nabłonki płaskie	pojedyncze	wpw			
Sluz	pojedyncze	wpw			
394 O91 / Witamina D3(25-OH)	29.06	ng/ml	30	100	[.....]o

Dla Państwa bezpieczeństwa oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami laboratorium nie przekazuje informacji o wynikach badań drogą telefoniczną.

Dokument wygenerowano na podstawie pliku elektronicznego podpisanego przez osobę uprawnioną za pomocą podpisu elektronicznego z certyfikatem kwalifikowanym.

Laboratorium prowadzi wewnętrzną i zewnętrzną kontrolę jakości
Laboratorium posiada certyfikat ISO-9001
Kierownik laboratorium - mgr Agata Gaida-Latkowska
Dziękujemy za skierowanie do nas Pacjenta.

Zatwierdzający:
mgr HANNA BOTOR
DIAGNOSTA LABORATORYJNY
specjalista laboratoryjnej
diagnostyki medycznej