

Žádanka o uchování biologického materiálu

PACIENT

Jméno a příjmení: _____

Číslo pojištění: _____

Pojišťovna: _____

Datum a čas odběru: _____

Hlavní diagnóza
slovní / kód: _____

Vedlejší diagnóza
slovní / kód: _____

ŽADATEL

Jméno a příjmení lékaře/ky: _____

IČP: _____

Odbornost: _____

Adresa (pokud je mimo FNO):

Telefon: _____

MATERIÁL

Periferní krev

Požadovaný materiál

Počet zkumavek

Zaškrtněte veškerý zaslaný materiál

☐ 2,7 ml EDTA / DNA

☐ 2,7 ml EDTA / plazma

☐ 4,9 ml Plazma Heparin

☐ 2,7 ml Plazma citrát

☐ 4,9 Sérum-Gel

☐ Jiný odběr

☐ Kostní dřeň

☐ Bukální stěr

Tkáň (uved'te): _____

☐ Lokalita: _____

 Zdravá ☐

 Patologická ☐

 Neurčeno ☐
☐ Likvor

☐ Jiné: _____

 Identifikace a podpis požadujícího lékaře/ky

 Odběr provedl/a, identifikace a podpis

Doplnující informace:

VYPLŇUJE PŘÍJEMCE VZORKŮ

Evidenční číslo: _____

Datum a čas dodání: _____

Poznámka: _____

 Vzorek přijal/a, identifikace a podpis