

Imunofenotypizační vyšetření		Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2	Razítko - adresa žadatele (IČZ, IČP): Lékař (IČL a podpis):
Osobní data pacienta (štítek): Příjmení: Jméno: Číslo pojištění: Datum narození: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž Pojišťovna: Diagnóza:		Datum a čas odběru: Odebral: Datum a čas příjmu: Přijal:	Telefon:
Centrální hematologické laboratoře Klinické laboratoře ÚLBDL VFN a 1. LF UK		U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 pavilon A4, laboratoř FACS	Tel.: 2 2496 2877
Materiál k vyšetření: <input type="checkbox"/> Periferní krev <input type="checkbox"/> Kostní dřeň <input type="checkbox"/> Mozkomíšni mok <input type="checkbox"/> Lymfatická uzlina <input type="checkbox"/> Jiný:			
Požadované vyšetření (rutinní): <input type="checkbox"/> Lymfoproliferace - screening <input type="checkbox"/> B-lymfoproliferace - typ: <input type="checkbox"/> T/NK-lymfoproliferace - typ: <input type="checkbox"/> Akutní leukemie - typ: <input type="checkbox"/> Myelodysplastický syndrom <input type="checkbox"/> Chronická myeloproliferace <input type="checkbox"/> Mnohočetný myelom / MGUS <input type="checkbox"/> PNH (paroxysmální noční hemoglobinurie)		Požadované vyšetření (speciální - po domluvě): <input type="checkbox"/> Fetální erytrocyty * <input type="checkbox"/> HS (hereditární sférocytóza) * <input type="checkbox"/> Imunoglobuliny vázané na trombocytech * <input type="checkbox"/> Screening trombocytárních glykoproteinů ** <input type="checkbox"/> HIT (heparinem indukovaná trombocytopenie) *** <input type="checkbox"/> Jiné:	
Důvod vyšetření a relevantní klinická/laboratorní data: <input type="checkbox"/> Nové, diagnostické <input type="checkbox"/> Kontrolní <input type="checkbox"/> Jiný důvod:			
<i>Pozn. k odběrům:</i> * K3EDTA ** citrát sodný *** sérum (srážlivá krev) bližší info viz http://ulbld.lf1.cuni.cz			

Imunofenotypizační vyšetření		Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2	Razítko - adresa žadatele (IČZ, IČP): Lékař (IČL a podpis):
Osobní data pacienta (štítek): Příjmení: Jméno: Číslo pojištění: Datum narození: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž Pojišťovna: Diagnóza:		Datum a čas odběru: Odebral: Datum a čas příjmu: Přijal:	Telefon:
Centrální hematologické laboratoře Klinické laboratoře ÚLBDL VFN a 1. LF UK		U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 pavilon A4, laboratoř FACS	Tel.: 2 2496 2877
Materiál k vyšetření: <input type="checkbox"/> Periferní krev <input type="checkbox"/> Kostní dřeň <input type="checkbox"/> Mozkomíšni mok <input type="checkbox"/> Lymfatická uzlina <input type="checkbox"/> Jiný:			
Požadované vyšetření (rutinní): <input type="checkbox"/> Lymfoproliferace - screening <input type="checkbox"/> B-lymfoproliferace - typ: <input type="checkbox"/> T/NK-lymfoproliferace - typ: <input type="checkbox"/> Akutní leukemie - typ: <input type="checkbox"/> Myelodysplastický syndrom <input type="checkbox"/> Chronická myeloproliferace <input type="checkbox"/> Mnohočetný myelom / MGUS <input type="checkbox"/> PNH (paroxysmální noční hemoglobinurie)		Požadované vyšetření (speciální - po domluvě): <input type="checkbox"/> Fetální erytrocyty * <input type="checkbox"/> HS (hereditární sférocytóza) * <input type="checkbox"/> Imunoglobuliny vázané na trombocytech * <input type="checkbox"/> Screening trombocytárních glykoproteinů ** <input type="checkbox"/> HIT (heparinem indukovaná trombocytopenie) *** <input type="checkbox"/> Jiné:	
Důvod vyšetření a relevantní klinická/laboratorní data: <input type="checkbox"/> Nové, diagnostické <input type="checkbox"/> Kontrolní <input type="checkbox"/> Jiný důvod:			
<i>Pozn. k odběrům:</i> * K3EDTA ** citrát sodný *** sérum (srážlivá krev) bližší info viz http://ulbld.lf1.cuni.cz			