

LAB KM s.r.o.

Laboratoř klinické biochemie a hematologie

centrála: nám. Míru 3760/11, 767 01 Kroměříž, tel.: 573 342 081, 573 340 689, e-mail: biolab@labkm.cz**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ METODOU PRŮTOKOVÁ CYTOMETRIE**

PACIENT: Rodné číslo: _____ / _____ (u cizinců č. pojistky, datum narození)	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Příjmení, jméno: _____	Razítko a podpis:
Pohlaví: MUŽ / ŽENA	Urgentnost:
Kód pojišťovny:	Diagnóza:
Umístění pacienta:	Datum a čas odběru : (odebral): Odběr: žilní x kapilární

<input type="checkbox"/>	HLA-B27
--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/>	KO + DIFF.
--------------------------	-------------------

<input type="checkbox"/>	CD3, CD4, CD8
--------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	CD19, CD16+56
--------------------------	----------------------

Druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

Odběr: zkumavka s EDTA

Poznámka:

LAB KM s.r.o.

Laboratoř klinické biochemie a hematologie

centrála: nám. Míru 3760/11, 767 01 Kroměříž, tel.: 573 342 081, 573 340 689, e-mail: biolab@labkm.cz**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ METODOU PRŮTOKOVÁ CYTOMETRIE**

PACIENT: Rodné číslo: _____ / _____ (u cizinců č. pojistky, datum narození)	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Příjmení, jméno: _____	Razítko a podpis:
Pohlaví: MUŽ / ŽENA	Urgentnost:
Kód pojišťovny:	Diagnóza:
Umístění pacienta:	Datum a čas odběru : (odebral): Odběr: žilní x kapilární

<input type="checkbox"/>	HLA-B27
--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/>	KO + DIFF.
--------------------------	-------------------

<input type="checkbox"/>	CD3, CD4, CD8
--------------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	CD19, CD16+56
--------------------------	----------------------

Druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

Odběr: zkumavka s EDTA

Poznámka: