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 TUMOR MARKERŮ

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

	AFP
	HCG
	PSA
	FPSA
	CEA
	CA 125
	HE4
	CA 15-3
	CA 19-9
	CA 72-4
	CYFRA 21-1
	CALCITONIN
	FERITIN

Druh primárního vzorku: srážlivá krev
Odběr ze žíly
Požadovaný objem: cca 3- 5 cm3

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 TUMOR MARKERŮ

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

	AFP
	HCG
	PSA
	FPSA
	CEA
	CA 125
	HE4
	CA 15-3
	CA 19-9
	CA 72-4
	CYFRA 21-1
	CALCITONIN
	FERITIN

Druh primárního vzorku: srážlivá krev
Odběr ze žíly
Požadovaný objem: cca 3- 5 cm3

POZNÁMKA: