

## Žádanka na cytogenetické vyšetření

---

Jméno:

Číslo pojištěnce:

ZP:

Č. pacienta:

IČO:

Klinická Dg.:

Odbornost:

Datum odběru:

### Cytogenetické vyšetření:

Materiál: krev kostní dřeň

### Molekulárně-cytogenetické vyšetření (FISH):

Materiál: krev kostní dřeň

Očekávaná přestavba:

Poznámka: Doplnění FISH může indikovat cytogenetik na základě zhodnocení karyotypu maligní linie.

Informovaný souhlas uložen v dokumentaci pacienta.

Datum:

Razítko pracoviště, jméno a podpis lékaře