

Zdravotnická laboratoř č.8213 akreditovaná ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189 : 2013

Laboratoře klinické cytogenomiky

tel. laboratoř: 532234491, 532234573

**Žádanka k postnatálnímu cytogenetickému vyšetření**

Číslo pacienta:

Statim:

--	--

Jméno a příjmení:	ZP:
Číslo pojištěnce:	Pohlaví:
Datum narození:	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> neuvedeno
Adresa:	Vztah k vyšetřovanému:

Klinická diagnóza:

--

Biologický materiál

Periferní krev	
Pupečnicková krev	

Datum odběru:	Čas:	Odebral:
Datum příjmu do laboratoře:	Čas:	Převzal:

Požadované vyšetření

Karyotyp	
ZCA	
Schovat suspenzi	

	Specifikace
FISH gonosomy	
FISH autosomy	
FISH jiné	

Indikující lékař

Datum, razítko, podpis
