

Zdravotnická laboratoř č. 8207 akreditovaná ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189 : 2013

Laboratoře klinické a molekulární cytogenetiky

tel. laboratoř: 532234719, 532234573



Číslo pacienta

Statim

--	--

**ŽÁDANKA O CYTOGENETICKÉ / MOLEKULÁRNĚ CYTOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ
Z PERIFERNÍ / PUPEČNÍKOVÉ KRVE****Jméno:****Číslo pojištění:****Datum narození:****Adresa:****Pohlaví:** žena muž**ZP:****Vyšetřující lékař:****Vztah k vyšetřovanému:****Klinická diagnóza:****Biologický materiál:** periferní krev / pupečnicková krev (*nehodící se škrtněte*)**Datum odběru:****Čas:****Odebral:****Datum příjmu do laboratoře:****Čas:****Převzal:**

Požadovaná vyšetření:

Karyotyp	
ZCA	
Schovat suspenzi	

FISH	gonosomy	
	autosomy	
	jiné	

Výsledek vyšetření:

Karyotyp:	
ZCA:	

Specifikace FISH vyšetření:	
Výsledek FISH:	

Poznámky:**Datum uvolnění výsledku:****Hodnotil:****Schválil:**

Číslo pacienta:

Statim:

--	--

G – pruhy:

C – barvení:

NOR – barvení:

Neúspěšné kultivace:

text	datum	podpis

Opakované odběry:

text	datum	čas	odebral	lékař

94129	94135	94139	94151	94171	94173	94175	94181			