

Žádanka:
Molekulárně-cytopgenetické vyšetření

Osobní data pacienta/(štítek)	Indikuje:
Jméno pacienta:	Lékař (razítko):
Rodné číslo:	Adresa:
Pojišťovna:	Kontakt (e-mail):
Biologický materiál: <i>(Doporučené: 10 ml nesrážlivé periferní krve, 2 ml nesrážlivé kostní dřeň (heparin))</i>	
periferní krev <input type="checkbox"/> kostní dřeň <input type="checkbox"/>	Počet leuko/lymfo:
Datum náběru:	
Čas náběru:	
Klinická data	
<u>Klinická diagnóza:</u>	
Stav choroby:	záchyt <input type="checkbox"/>
	remise <input type="checkbox"/>
	progrese <input type="checkbox"/>
Léčba:	
Komentář:	
Požadované vyšetření:	
Molekulárně – cytopgenetické vyšetření (G-pruhování, FISH, mFISH) <input type="checkbox"/>	
Vyšetření provádí:	
Laboratoře Chambon a.s. - Laboratoř molekulární diagnostiky www.chambon.cz Evropská 176/16, 160 00 Praha 6 E-mail: sona.pekova@synlab.cz, info@chambon.cz Tel.: 221 985 475, 221 985 478, 221 985 481 Mobil: 732 517 266	

Indikující lékař svým podpisem stvrzuje, že vzorek byl odebrán na základě informovaného souhlasu pacienta.