

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID – číslo pojištěnce: (není-li RČ, pak datum narození)	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):
Jméno a příjmení:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Adresa:	

* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

STATIM *		
VITÁLNÍ INDIKACE *		
Diagnóza	Diagnóza II.	Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)	Razítko, IČL a podpis lékaře:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Telefon žadatele:	Datum a čas odběru **	Datum a čas příjmu
		** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)	

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ – označte

<input type="checkbox"/> periferní krev	6-9 ml periferní krve do zkumavky s protisrážlivým roztokem heparinu (např. VACUETTE LH Lithium Heparin). U leukopenických pacientů minimálně 10 ml.
<input type="checkbox"/> kostní dřeň	kostní dřeň odebrat do dvou zkumavek s protisrážlivým roztokem heparinu (např. VACUETTE LH Lithium Heparin). Do každé zkumavky 1,5 – 2 ml kostní dřeně.
<input type="checkbox"/> lymfatická uzlina	odebrat kousek lymfatické uzliny do transportního media (zajistí laborantka)
<input type="checkbox"/> jiné:	platí stejné podmínky jako pro odběr kostní dřeně nebo jiné, doporučené po předchozí domluvě s laboratoří
<input type="checkbox"/> FFPE řezy	pro FISH řezy na + podložní sklo
Informovaný souhlas pacienta: <input type="checkbox"/> založen ve zdravotnické dokumentaci*	
*Pacient souhlasí s uchováním BM v Laboratoři cytogenomiky: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
*Pacient souhlasí s anonymním využitím BM v lékařské vědě a výzkumu: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi):

Specifikační informace:	<input type="checkbox"/> nově diagnostikované onemocnění	<input type="checkbox"/> farmakologická léčba	<input type="checkbox"/> transplantace
	<input type="checkbox"/> autologní	<input type="checkbox"/> alogenní	

POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ – volbu označte

Požadované vyšetření:	
<input type="checkbox"/> cytogenetika	<input type="checkbox"/> FISH FFPE – č.biopsie, materiál <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> FISH	
<input type="checkbox"/> arrayCGH*	
*Pro vyšetření arrayCGH odebrat biologický materiál do zkumavky s K3 EDTA	
Všechna vyšetření je nutné předem domluvit na telefonním čísle:	
• 7/2867 (z FNOL)	
• 585 632 867 (mimo FNOL)	