

Číslo pacienta

Statim

--	--

Laboratoře Oddělení lékařské genetiky

 Zdravotnická laboratoř č. 8207 akreditovaná ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189 : 2013
 tel. laboratoř: 532234719

**ŽÁDANKA O CYTOGENETICKÉ / MOLEKULÁRNĚ CYTOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ
Z PERIFERNÍ / PUPEČNÍKOVÉ KRVE**
Jméno:
ZP:
Číslo pojištěnce:
Vyšetřující lékař:
Datum narození:
Adresa:
Pohlaví: žena muž

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	
Mozaika	
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			