


<div> Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Most, o.z.</div> <div>Centrální laboratoř Oddělení laboratorního komplementu J. E. Purkyně 270, 434 64, Most, www.kzcr.eu tel.: 478 033 640, mob.: 733 782 948, fax.: 478 033 661</div>	Záznamy laboratoře	Žadatel (razítko, vč. IČP, jméno lékaře, podpis)
--	--------------------	---

ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Jméno a příjmení:		Pohlaví:	
ID:		STATIM: ano / ne	
Pojišťovna:	Datum narození:	Materiál:	
Dg.:	Ost. Dg:	Kontakt:	Datum a čas odběru:

Biochemické a cytologické vyšetření mozkomíšního moku

Paralelní vyšetření krve ▶▶	ANO	NE
Speciální parametry - dovyšetření (zvláštní žádanka) ▶▶	ANO	NE

Epikríza:

Vzhled při odběru ▶▶	čirý	kalný	bezbarvý	krvavý	xantochromní
Vzhled po centrifugaci	Metabolismus glukózy		Destrukční markery		Cytologie
Permeabilita BCB	Glukóza	AST	<div>Buněčnost</div> <div>Diferenciace</div>		
CB	Q gluk.	LD			
ALB	Laktát	Spektrofotometrie			
Q ALB	KEB	ANO			NE

Biochemické a cytologické vyšetření jiných nekrevních materiálů (punktát, výpotek, dialyzát.....)

Paralelní vyšetření krve ▶▶	ANO	NE
-----------------------------	-----	----

Poznámka (místo odběru):

Metabolismus glukózy	Proteiny	Cytologie	Ostatní
Glukóza	CB	Buněčnost	HCO ₃
Q gluk.	ALB	Diferenciace	Na
Laktát	CRP	Enzymy	K
KEB		AST	Cl
Jiná vyšetření		AMS	Ca

▶▶ vyplní žadatel