



IV. interní hematologická klinika - laboratoř
Fakultní nemocnice, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
Laboratorní příručka: <http://www.fnhk.cz/int-4h/lab>
tel. č.: 495833851, -2645



Žádanka na cytologické vyšetření kostní dřeně

Rodné číslo pacienta:	Pohlaví: Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>
Jméno, příjmení a adresa pacienta:	
Diagnóza:	
Pojišťovna:	
Statim: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	

<input type="checkbox"/> Cytologické vyšetření kostní dřeně: <input type="checkbox"/> STP <input type="checkbox"/> TREP
<input type="checkbox"/> Cytochemické barvení: <input type="checkbox"/> POX <input type="checkbox"/> LIP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NE+NaF <input type="checkbox"/> Butyrát <input type="checkbox"/> KF <input type="checkbox"/> KF+tartarát <input type="checkbox"/> Mastocyty <input type="checkbox"/> Fe

<u>Komentář (důvod vyšetření a základní klinické údaje):</u>
KO: WBC: HB: MCV: PLT:
DIF: Tyče: Segmenty: Eozinofily: Bazofily: Monocyty: Lymfocyty:
Metamyelocyty: Myelocyty: Promyelocyty: Blasty:

Uzliny:	zvětšené	nezvětšené
Játra:	zvětšená	nezvětšená
Slezina:	zvětšená	nezvětšená

<u>Léčba před odběrem:</u>		
Železo:	ano	ne
Vit. B12 a/nebo kyselina listová:	ano	ne
Krevní převody:	ano	ne

IČZ:	Razítko a podpis lékaře:
Telefon:	
Odbornost:	
Datum a čas odběru:	