

# Žiadanka na hematologické vyšetrenie

Oddelenie laboratórnej medicíny  
Národný ústav detských chorôb Bratislava

Limbová 1, 83340 Bratislava  
Tel: +421 2 59371 676; 601

<b>Pacient:</b> (resp. štítok s údajmi)		<b>Diagnóza:</b>		<b>Materiál:</b>		<b>Dátum odberu:</b>			
Priezvisko:		<input type="checkbox"/>	ALL	<input type="checkbox"/>	B-ALL	<input type="checkbox"/>	periférna krv	<b>Čas odberu:</b>	
Meno:		<input type="checkbox"/>	AML	<input type="checkbox"/>	T-ALL	<input type="checkbox"/>	kostná dreň		
Rodné číslo:		<input type="checkbox"/> relaps ALL		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		iné:	
Poistovňa:		<input type="checkbox"/> relaps AML		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<b>Centrum:</b>	<input type="checkbox"/> BB	<input type="checkbox"/> KE	<input type="checkbox"/> BA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
<b>Požadované vyšetrenie:</b>				<b>Vzorka – klinické údaje:</b>					
<input type="checkbox"/>	cytomorfológia, cytochémia			<input type="checkbox"/>	diagnóza (d0)	<input type="checkbox"/>	deň 78		
<input type="checkbox"/>	MRD prietokovou cytometriu (aj vstupné vyš. pre d0)			<input type="checkbox"/>	deň 15	<input type="checkbox"/>	pred HR .....		
<input type="checkbox"/>	kompletná imunofenotypizácia			<input type="checkbox"/>	deň 28	<input type="checkbox"/>	pred SCT		
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	deň 33	<input type="checkbox"/>			
<b>Špecifická otázka, informácia, upozornenie, komentár:</b>						<b>Podpis, pečiatka:</b>			
<small>(Prosím, využívajte tento priestor na komunikáciu)</small>									