

Žiadanka na vyšetrenie likvoru



Oddelenie laboratórnej medicíny
Národný ústav detských chorôb

Limbová 1, 833 40 Bratislava
Tel.: +421 2 59371 601, 439

Pacient: (resp. štítok s údajmi)

Priezvisko:

Meno:

Rodné číslo:

Poisťovňa:

Dg.:

Centrum:

BB

KE

Požadované vyšetrenie:

cytológia (morfológia)

(nutnosť doručiť cytologický preparát)

prietoková cytometria (IFT)

(nutnosť doručiť vzorku likvoru v TransFix)

Dôvod odberu CSF:

iniciálna fáza AL

kontrola nálezu blastov v likvore

relaps AL

iné

Dátum a čas odberu:

Podpis, pečiatka:

Sprievodné informácie:

WBC CSF (uviest jednotky):

WBC v KO (.10exp9/l):

RBC CSF (uviest jednotky):

RBC v KO (.10exp12/l):

Laktát:

Glukóza:

KEB:

(Iné):

Komunikácia (špecifická otázka, informácia, upozornenie, komentár):