

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:

Poistovňa:

Dg.:

Dôvod odberu CSF:

- ☐ iniciálna fáza AL
- ☐ kontrola nálezu blastov v likvore
- ☐ relaps AL
- ☐ iné

Dátum a čas odberu:

Podpis, pečiatka:

Centrum:

☐

BB

☐

KE

Požadované vyšetrenie:

☐

cytológia (morfológia)
(nutnosť doručiť cytologický preparát)

☐

prietoková cytometria (IFT)
(nutnosť doručiť vzorku likvoru v TransFix)

Spríevodné informácie:

WBC CSF (uviesť jednotky):

WBC v KO (.10exp9/l):

RBC CSF (uviesť jednotky):

RBC v KO (.10exp12/l):

Laktát:

Glukóza:

KEB:

(Iné:)

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