



ÚSTAV DĚDIČNÝCH METABOLICKÝCH PORUCH VFN a 1. LF UK

Ke Karlovu 2, 128 08, Praha 2

Tel.: laboratoř 224 967 710, ambulance 224 967 670, fax: 224 967 081, e-mail: udmp@vfn.cz, www.udmp.cz

BIOCHEMICKÁ LABORATOŘ

Pacient

Rodné číslo:

Příjmení:

Jméno:

Kód pojišťovny:

Základní diagnóza:

Ostatní diagnózy:

Adresa:

Žadatel

IČP:

Jméno lékaře:

Adresa:

Tel. / Fax:

Variabilní symbol:

Odbornost:

Odběr

Zasílaný materiál:

Datum zaslání:

Datum odběru:

Čas odběru:

Odběr provedl:

Razítko a podpis:

Požaduji následující (zaškrtněte 1 volbu):

Komplexní laboratorní vyšetření (na základě Vámi poskytnutých klinických údajů určí lékař ÚDMP vhodný vyšetřovací postup. Vyplňte, prosím, oddíl Základní klinické údaje a zašlete suchou krevní kapku, 2-3 ml séra a 15 ml ranní moči.)

Jednotlivá vyšetření (požadovaná vyšetření upřesněte na druhé straně žádanky, vyplňte zároveň oddíl Základní klinické údaje)

Souhlasím s tím, aby laboratoř v odůvodněném případě doplnila další nezbytná vyšetření ano ne

Statimové vyšetření:
(výsledky vyšetření v den příjmu) ano ne

Výsledek statimového vyšetření volejte na telefonní číslo:

Základní klinické údaje o pacientovi

Vyšetření: první opakované, poslední vyšetření v roce _____

Dif. dg. problém: _____

Stav výživy, dieta a příjem stravy: _____

Léky (poslední 3 dny) a transfuse: _____

- Epikrisa:
- a) kriticky nemocný novorozenec
 - b) onemocnění s akutním nebo intermitentním průběhem
 - c) chronicky probíhající onemocnění
 - d) progredující neurologické postižení

Pro potřeby laboratoře (vyplňuje laboratoř):

Přijal:

Materiál:

