**PACIENT** (unifikovaný štítek) *\* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ID - číslo pojištěnce:  (není-li ID, pak datum narození) |  | Kód zdravotní  pojišťovny (plátce): | |  | **STATIM \*** | | | | |  |
| Jméno a příjmení: |  | | M  Ž |  | **VITÁLNÍ INDIKACE \*** | | | | |  |
| Adresa: | | | |  | Diagnóza III. |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |

Diagnóza

Diagnóza II.

**ŽADATEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razítko pracoviště:  (adresa, IČP, odbornost) |  | Razítko, IČL a podpis lékaře: |  |  |  | |  |
|  | Datum a čas odběru \*\* | | Datum a čas příjmu | |
|  |  | *\*\* uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)* | | | |
|  | | | |
| Telefon žadatele: |

**MATERIÁL K VYŠETŘENÍ** – volbu označte

|  |  |
| --- | --- |
| tkáň ve fixačním roztoku formalínu  trepanobiopsie v Löwyho roztoku | tělní tekutiny nefixované k cytologickému vyšetření  tkáň nativní  jiný materiál: |

**DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ**

(způsob a přesná topografie odběru materiálu, délka trvání a průběh onemocnění, léčba, předchozí bioptická vyšetření apod.)

|  |
| --- |
|  |

**NÁLEZ** (identifikační č. vzorku, nález, závěr, datum odeslání a podpis lékaře)

|  |
| --- |
|  |

Spektrum prováděných vyšetření a pokyny k odběru BM jsou uvedeny na adrese [**www.fnol.cz**](http://www.fnol.cz) **– sekce „Pro odborníky“ – menu: Laboratorní vyšetření.**