

**Žádanka o laboratorní vyšetření - diabetologické analýzy**

Zdravotnická laboratoř č. 8161 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189:2013

Telefon: 546 439 412

Str. 1/1

Číslo pojištěnce \_\_\_\_\_

Příjmení \_\_\_\_\_

Jméno \_\_\_\_\_

Diagnóza \_\_\_\_\_

Pojišťovna \_\_\_\_\_

Vyznačte **MUŽ** **ŽENA** Gravidní: **ANO** **NE**

Číslo požadavku

(místo pro nalepení šítku)

Označte typ materiálu:

| PLAZMA                   | SÉRUM                    | HEMOLYZÁT                |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GD = gestační diabetes

| Moč                      |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Odběr provedl/a:

Diuréza (ml):

Diuréza (noc):

Diuréza (den):

Datum a hodina odběru:

Oddělení/ambulance

IČZ \_\_\_\_\_

Lékař \_\_\_\_\_

IČL \_\_\_\_\_

Odbornost \_\_\_\_\_

Podpis lékaře

iČL

**Žádanka o laboratorní vyšetření - diabetologické analýzy**

Zdravotnická laboratoř č. 8161 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189:2013

Telefon: 546 439 412

Str. 1/1

Číslo pojištěnce \_\_\_\_\_

Příjmení \_\_\_\_\_

Jméno \_\_\_\_\_

Diagnóza \_\_\_\_\_

Pojišťovna \_\_\_\_\_

Vyznačte **MUŽ** **ŽENA** Gravidní: **ANO** **NE**

Číslo požadavku

(místo pro nalepení šítku)

Označte typ materiálu:

| PLAZMA                   | SÉRUM                    | HEMOLYZÁT                |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GD = gestační diabetes

| Moč                      |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Odběr provedl/a:

Diuréza (ml):

Diuréza (noc):

Diuréza (den):

Datum a hodina odběru:

Oddělení/ambulance

IČZ \_\_\_\_\_

Lékař \_\_\_\_\_

IČL \_\_\_\_\_

Odbornost \_\_\_\_\_

Podpis lékaře

iČL