



Průvodka pro cytogenetickou analýzu periferních lymfocytů (CAPL)

Vámi sdělené informace jsou součástí zdravotnické dokumentace a podléhají lékařskému tajemství

Č. průvodky:

Pořadové číslo vzorku:

Příjmení:	Jméno:	Pohlaví:
Bydliště:		
Telefonní číslo:	Státní příslušnost:	
Zdrav.pojišťovna:	R.č./Č.pojištění: (resortní identifikátor pacienta)	Datum narození:

Pracoviště v době odběru:	
Profese:	
Druh rizika:	
Počet roků odpracovaných v riziku:	

Onemocnění v době odběru:	ANO – NE
Jaké:	
Virové onemocnění v posledních 3 měsících:	ANO – NE
Jaké:	
Léky před odběrem:	ANO – NE
Jaké:	
Pravidelné dlouhodobé užívání léků:	ANO – NE
Jakých:	
Pravidelné užívání syntetických vitaminů:	ANO – NE
Jakých:	
Očkování v posledních 3 měsících:	ANO – NE
Jaké:	Kdy:
RTG vyšetření v posledních 3 měsících:	ANO – NE
Jaké:	Kdy:
Kuřák	ANO – NE
Kolik denně a jak dlouho:	
Jiné okolnosti (návykové látky, chemikálie mimo zaměstnání ap.)	ANO – NE
Jaké:	

Druh primárního vzorku:	krev	Datum a čas příjmu vzorku do laboratoře:	
Datum a čas odběru:		Přijal:	
Odebral:		Kontroloval:	