

## ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ

# BRONCHOALVEOLÁRNÍ LAVÁŽE PRŮTOKOVOU CYTOMETRIÍ

Kontakt na odpovědnou osobu: 556 416 244

### INFORMACE O PACIENTOVI

Jméno a příjmení:

Číslo pojištěnce:

Pojišťovna:

Pohlaví:  Muž  Žena

Datum a čas odběru:

Základní diagnóza:

### RAZÍTKO A PODPIS LÉKAŘE, IČZ / ODBORNOST:

### KLINICKÉ INFORMACE, DŮVOD VYŠETŘENÍ:

VYPLŇUJE LABORATOŘ LKIA

Objem při příjmu:

Makroskopický vzhled:

Objem supernatantu:

Počet buněk:

ZPRACOVAL: