

**Žádanka na vyšetření**  
**BRONCHOALVEOLÁRNÍ LAVÁŽE** průtokovou cytometrií

<b>Příjmení a jméno pacienta:</b>	
<b>Číslo pojištěnce:</b>	<b>Zdr. pojišťovna:</b>
<b>Datum odběru:</b>	<b>Diagnóza:</b>
<b>Oddělení:</b>	
<b>Klinické informace, důvod vyšetření:</b>	

**Provedl:**

**Razítko a podpis lékaře:**

**Datum:**

<b>Vyplní laboratoř LIS:</b>	<b>Zpracoval:</b>
<b>Objem při příjmu:</b>	<b>Makroskopický vzhled:</b>
<b>Objem supernatantu:</b>	<b>Počet buněk:</b>