MEDIREX

Vypĺňať paličkovým písmom tmavým perom.

na **genetické vyšetrenie**

ŽIADANKA G 0 1 0 2

Miesto na nalepenie čiarového kódu.

člen MEDIREX GROUP všetko pre vaše zdravie

Údaje o pacientovi

Rodné číslo, resp. číslo poistenca

Meno

Priezvisko

U cudzincov Kód krajiny EU

Identif. číslo pacienta

Kód dg.

Kód poisťovne pacienta

Dátum odberu

d d . m m . r r

Čas odberu

:

Kód poskytovateľa

Kód odosielajúceho lekára

Tel.

Pečiatka lekára:

Materiál	☐ Periférna krv Leu: x10^9	☐ Kostná dreň Leu: x10^9	☐ Iné

Vyšetrenie:
☐ cytogenetika
☐ FISH
☐ molekulové
☐
☐
☐

Štádium vyšetrenia:	
☐ Vstupné	
☐ Kontrola po liečbe	
☐ Kontrola po transplantácii:	
	☐ autológna dátum: d d . m m . r r
	☐ alogénna dátum: d d . m m . r r
	pohlavie darcu: ☐ muž ☐ žena

Medirex, a.s., člen **MEDIREX** GROUP
laboratórna diagnostika ■ Galvaniho 17/C ■ 821 04 Bratislava
tel.: 0850 00 30 30, +421 2 208 29 350 ■ mobil: +421 915 85 11 44
centralnelaboratorium@medirex.sk ■ www.medirex.sk ■ www.medirexgroup.sk
©Medirex, a.s.

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

Odbery biochémia:
všetky parametre rutinné aj špeciálne okrem označených: 5 ml skúmavka s gélom