



ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ MOČI A JINÝCH TEKUTIN

Oddělení klinické biochemie

biochemie@fnol.cz

příjem materiálu tel.: 588 444 249 (4240)

Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID – číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	
Jméno a příjmení:	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):

* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

STATIM *		
VITÁLNÍ INDIKACE *		

Diagnóza Diagnóza II. Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)

Razítko, IČL a podpis lékaře:
Telefon žadatele:

--

--

Datum a čas odběru

Datum a čas příjmu

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ – volbu označte ☒

<input type="checkbox"/> Vzorek ranní moči ze středního proudu	<input type="checkbox"/> Vzorek ze sběru moči	<input type="checkbox"/> Jiný vzorek:
<input type="checkbox"/> Náhodný vzorek moči	<input type="checkbox"/> Dialyzační tekutina	

POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ – volbu označte ☒

<input type="checkbox"/> Moč chemicky a sediment	<input type="checkbox"/> Hamburgerův sediment	<input type="checkbox"/> pH
<input type="checkbox"/> Erytrocyty ve fázovém kontrastu	<input type="checkbox"/> Počet leukocytů v dialyzátu	

SBĚRNÉ OBDOBÍ MOČI SBÍRANÉ za minut pro Hamburgerův sediment

Diuréza ml

SBĚRNÉ OBDOBÍ MOČI SBÍRANÉ za hodin

Diuréza ml Specifická hmotnost moči g/cm³

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORÁTOŘ

(údaje o pacientovi, léčba, délka trvání a průběh onemocnění, předchozí vyšetření, apod.):

--