

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ MOČI A JINÝCH TEKUTIN

Oddělení klinické biochemie
biochemie@fnol.cz
přijem materiálu tel.: 588 444 249

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.):

| |
|--|
| |
|--|