

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
IIIILP_8UKBP_1/2021-1		
Datum vydání: 1.1.2021	Verze: 1	Strana 2 (celkem 5)

Žádanka o vyšetření moče a stolice

M Žádanka o biochemická vyšetření: moč a stolice

Laboratorní číslo:

Ústav lékařské chemie a klinické biochemie 2. LF UK a FN Motol
V ÚVALU 84, PRAHA 5, 2.patro G, telefon: 22443- 5313, 5330 poštovní pošta 11, 33, 55

moč – statim moč - normální stolice konkrement

<input type="checkbox"/>	Moč chemicky – vyš.příměry: spec.hmotnost, pH, leukocyty, nitrity, bílkovina, glukóza, ketolátky, urobilinogen, bilirubin, krev
<input type="checkbox"/>	Moč mikroskopicky
<input type="checkbox"/>	Močový konkrement
<input type="checkbox"/>	Hemoglobin ve stolici

Pro každý materiál je nutno použít samostatnou žádanku.

ODDĚLENÍ:

Telefon:

Diureza: ml/.....hod. Kód náhrady

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CISLO POJISTENCE	POJISTOVNA	Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PŘÍJMENÍ	PŠC	Odbornost	Diagnóza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JMÉNO	ICZ a ICL lékaře	Datum	Jmenovka a podpis lékaře

Žádanka o vyšetření léků

L Žádanka o vyšetření koncentrace léků, toxických a návykových látek

Laboratorní číslo:

Ústav lékařské chemie a klinické biochemie 2. LF UK a FN Motol, přednosta prof. MUDr. R. Průša, CSc.
V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5, 2 - G, telefon 22443 5313, poštovní pošta 5313, 5330

**Zvýrazněné
léky možno
zprac.statim**

S-sérum B-krev U-moč Kód náhrady

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>S-Primidon</i>	<i>S-Amikacin</i>	<i>S-Digoxin</i>	U-Kanabinoidy
<i>S-Fenobarbital</i>	<i>S-Gentamicin</i>	<i>S-Teofylin</i>	U-Opiáty
<i>S-Fenytoin</i>	<i>S-Vankomycin</i>	<i>S-Ethanol</i>	U-Kokainové metabolity
<i>S-Karbamazepin</i>		<i>S-Paracetamol</i>	U-Amfetamin
S-Ethosuximid	S-Busulfanum	<i>S-Salicyláty</i>	U-Benzodiazepiny
S-Epoxykarbamazepin	<i>S-Methotrexát</i>	<i>S-Mykofenolát</i>	
<i>S-Kys. valproová</i>		B-Cyklosporin	S-Ganciklovir
<i>S-Lithium</i>		B-Tacrolimus	
S-Lamotrigin	P-Posakonazol	B-Sirolimus	
S-Sulthiam	P-Vorikonazol		

Pro každý materiál je nutno použít samostatnou žádanku.

ODDĚLENÍ:

Telefon:

Čas odběru: Čas poslední podané dávky: Hmotnost: kg Výška: cm

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CISLO POJISTENCE	POJISTOVNA	Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PŘÍJMENÍ	PŠC	Odbornost	Diagnóza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JMÉNO	ICZ	Datum	Jmenovka a podpis lékaře

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
IIIILP_8UKBP_1/2021-1		
Datum vydání: 1.1.2021	Verze: 1	Strana 3 (celkem 5)

Žádanka o vyšetření chloridů v potu

Ústav lékařské chemie a klinické biochemie 2. LF UK a FN Motol
V ÚVALU 84, 150 06 Praha 5, 2. G, telefon 22443 5313, potrubní pošta 5313,5330
Přednosta: Prof. MUDr. R. Průša, CSc.

Materiál: Pot

Chloridy v potu

Objednávání vyšetření

Tel: +420 224 432 272

ODDĚLENÍ:		Telefon:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ČÍSLO POJIŠTĚNCE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> POJIŠŤOVNA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)	
<hr/> PŘÍJMENÍ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PSČ	<input type="text"/> <input type="text"/> Odbornost	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Diagnóza
<hr/> JMÉNO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IČZ	<hr/> Datum	Jmenovka a podpis lékaře

FN Motol 130a

Odběr: S-MPO Sorežovce s. s., Kersavice 72, 305 01 Bělá u J., 3116/2186, 3816/2275, IČ: 311671567

Elektronická žádanka o vyšetření

Průvodní list k BIOCHEMICKÉMU vyšetření
BIOCHEMICKÁ LABORATOR



721596567

HSTA / KDHO amb. hematolog.stacionář Tel.: 6538
IČP: 05002395 Odb.: 202 Založeno: 06.10.2015-10:56
Plán odběru: 12.10.2015-10:54
DG: C910 Poj: 111 Odběr: dle el.žádanky

Výška: 138 cm
Hmotnost: 27 kg

Materiál: Serum
Zkumavka: Červená 2 ml (min. 1 ml)
Skupina:
Poznámka:
Metody: 8 (9)
ALP, AST, GGT, TRIGL, CHOL, P, LD (IFCC), Cystatin C,

Vyhrazeno pro ÚLCHB

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
IIIILP_8UKBP_1/2021-1		
Datum vydání: 1.1.2021	Verze: 1	Strana 4 (celkem 5)

Žádanka o vyšetření protilátek proti HIV 1, 2

Ústav lékařské chemie a klinické biochemie · 2. LF UK a FN Motol
 V ÚVALU 84, PRAHA 5, 2 - G, telefon: 22443 5313, potrubní pošta 5313, 5330
 Přednosta: Doc. MUDr. Richard Průša, CSc.

Laboratorní číslo:

Celkový počet požadavků:

Kód náhrady

Materiál: sérum

- protilátky proti HIV 1, 2
- p24 antigen + protilátky proti HIV 1, 2

Pozn. Výsledky doručujeme do rukou ordinujícího lékaře.

ODDĚLENÍ:

Telefon:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

--	--	--	--

POJIŠŤOVNA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištěnce)

PŘÍJMENÍ

--	--	--	--	--	--	--	--

PŠČ

--	--	--	--

Odbornost

--	--	--	--	--	--

Diagnóza

JMÉNO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IČZ

Datum

Jmenovka a podpis lékaře

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
IIIILP_8UKBP_1/2021-1		
Datum vydání: 1.1.2021	Verze: 1	Strana 5 (celkem 5)

Žádanka pro terapeutické monitorování léčiv

Ústav lékařské chemie a klinické biochemie 2. LF UK a FN Motol, přednosta Prof. MUDr. R. Průša, CSc.
V ÚVALU 84, 150 06 PRAHA 5, 2-G, Telefon 224435313, potrubiňní pošta 5313, 5330

Žádanka pro terapeutické monitorování léčiv (TDM)

Žadající pracoviště/oddělení: Tel.....	● Odbornost..... Jmenovka lékaře..... Datum..... podpis lékaře.....
--	--

● Identifikační a důležité demografické údaje pacienta	
Číslo pojistěnce Pojišťovna	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>
Jméno..... Příjmení.....	Hmotnost (kg)..... Výška (cm).....
Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojistěnce).....	Diagnóza pro indikace monitorovaného léku.....
PSČ..... IČZ.....	S-Kreatinin...../S-cystatin-C...../S-Albumin...../CB.....

● Požadovaný lék k terapeutickému monitorování (volbu prosíme označte "x" v daném čtverci).			
<input type="checkbox"/> Amikacin	<input type="checkbox"/> Fenobarbital	<input type="checkbox"/> Kys. valproová	<input type="checkbox"/> Posakonazol <input type="checkbox"/> Tobramycin
<input type="checkbox"/> Busulfanum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lamotrigin	<input type="checkbox"/> Primidon <input type="checkbox"/> Vancomycin
<input type="checkbox"/> Carboplatinum / <input type="checkbox"/> Cis-platinum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lithium	<input type="checkbox"/> Sirolimus <input type="checkbox"/> Vorikonazol
<input type="checkbox"/> Cyklosporin-A	<input type="checkbox"/> Gentamicin	<input type="checkbox"/> Methotrexát	<input type="checkbox"/> Sulfham <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Digoxin	<input type="checkbox"/> Karbamazepin	<input type="checkbox"/> Mykofenolát	<input type="checkbox"/> Tacrolimus
<input type="checkbox"/> Ethosuximid	<input type="checkbox"/> Karbamazepin+ Epoxid	<input type="checkbox"/> Phenytoin	<input type="checkbox"/> Teofylin

● Jiné sdělení o klinickém stavu pacienta a intervence včetně nejdůležitějších léků vzhledem k vzájemnému ovlivnění s monitorovaným lékem:	● Důvod požadavku
	<input type="checkbox"/> Zahájení terapie <input type="checkbox"/> Optimalizace terapie <input type="checkbox"/> Možné interakce s jinými léky <input type="checkbox"/> Susp. non-compliance <input type="checkbox"/> Porušené renální / jaterní funkce <input type="checkbox"/> Susp.intoxikace <input type="checkbox"/> Nedosažený očekávaný efekt a jiné
● Byla provedena úprava dávkovacího režimu na základě předchozího monitorování? Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	

● Údaje o vzorku a dávkovacím režimu (dávk. dávkový interval a případně délka infuze)						
Vzorek	Datum a čas odběru	První dávka Kdy? Kolik? Jak často?	Upravená dávka(kolik?) Od kdy? Do kdy?	Aktuální dávk. dávkový interval a délka infuze	Poslední dávka (kdy?)	Lék byl podán
<input type="checkbox"/> Plasma						<input type="checkbox"/> Per os
<input type="checkbox"/> Sérum						<input type="checkbox"/> i.m.
<input type="checkbox"/> Plná krev						<input type="checkbox"/> i.v.
<input type="checkbox"/> Jiné.....						Jinak.....

Výsledky monitorování a interpretace, včetně doporučení:

Datum..... Čas..... Podpis..... Konzultant tel. 224435656 mobil-724085657