

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
IIIILP_8UKBP_1/2007-17		
Datum vydání: 1.1.2024	Verze: 17	Strana 1 (celkem 4)

Příloha č. 1 Vzory žádanek

Žádanka o statimová vyšetření

S Žádanka o STATIMOVÁ biochemická vyšetření

Laboratorní číslo:

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

<input type="checkbox"/> sérum <input type="checkbox"/> moč	<input type="checkbox"/> plasma <input type="checkbox"/> krev	<input type="checkbox"/> drén <input type="checkbox"/> dialyzát	<input type="checkbox"/> likvor <input type="checkbox"/> punktát	<input checked="" type="checkbox"/> vitální indikace
<input type="checkbox"/> Na+ V <input type="checkbox"/> K+ V <input type="checkbox"/> Cl- <input type="checkbox"/> TCa (celkový) <input type="checkbox"/> iCa++ (ionizovaný) <input type="checkbox"/> Osmolalita V <input type="checkbox"/> Mg <input type="checkbox"/> iMg++ (ionizovaný) <input type="checkbox"/> Glukóza V	<input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> ALT V <input type="checkbox"/> CK V <input type="checkbox"/> Amyláza <input type="checkbox"/> Pankreatická amyláza	<input type="checkbox"/> Urea V <input type="checkbox"/> Kreatinin V <input type="checkbox"/> Močová kyselina <input type="checkbox"/> Celkový bilirubin <input type="checkbox"/> Přímý bilirubin <input type="checkbox"/> Troponin I kardiální <input type="checkbox"/> Myoglobin <input type="checkbox"/> NT-proBNP	<input type="checkbox"/> Celková bílkovina V <input type="checkbox"/> Prokalcitonin <input type="checkbox"/> CRP-HS <input type="checkbox"/> Cholesterol <input type="checkbox"/> Amoniak <input type="checkbox"/> Laktát <input type="checkbox"/> Ethanol <input type="checkbox"/> Paracetamol <input type="checkbox"/> Salicyláty	<input type="checkbox"/> ABR V <input type="checkbox"/> KarbonylhemoglobinV <input type="checkbox"/> Methemoglobin V <input type="checkbox"/> Sulfhemoglobin V <input type="checkbox"/> Volný hemoglobin <input type="checkbox"/> Parathormon intaktní <input type="checkbox"/> HCG <input type="checkbox"/> HBS Ag (po dohodě)

Pro každý materiál je nutno použít samostatnou žádanku.

ODDĚLENÍ:

Telefon:

Diuresa: ml/.....hod.

Výška: cm Hmotnost: kg Teplota °C

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

POJIŠTOVNA

Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištěnce)

PŘÍJMENÍ

PŠČ

Odbornost

Diagnóza

JMÉNO

ICZ a ICL lékaře

Datum a čas

Jmenovka a podpis lékaře

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
IILP_8UKBP_1/2007-17		
Datum vydání: 1.1.2024	Verze: 17	Strana 2 (celkem 4)

Žádanka o rutinní vyšetření

R Žádanka o biochemická vyšetření - ÚLCHKB FNM

Laboratorní číslo:

Pokračování→

sérum
 moč
 plazma
 krev
 drén
 stolice
 likvor
 punktát
 dialyzát
 plodová voda
 žaludeční obsah
 duodenální obsah

<input type="checkbox"/> Na+	<input type="checkbox"/> ALP	<input type="checkbox"/> Močová kyselina	<input type="checkbox"/> ELFO bílkovin	<input type="checkbox"/> T3
<input type="checkbox"/> K+	<input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> Urea	<input type="checkbox"/> ELFO s imunofixací + CB	<input type="checkbox"/> Volné T3
<input type="checkbox"/> Cl-	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> Kreatinin	<input type="checkbox"/> FLC Kappa	<input type="checkbox"/> Volné T4
<input type="checkbox"/> TCa (celkový)	<input type="checkbox"/> LD	<input type="checkbox"/> Clearance kreatininu	<input type="checkbox"/> FLC Lambda	<input type="checkbox"/> TSH (thyreotropin)
<input type="checkbox"/> Mg	<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> Cystatin C		<input type="checkbox"/> Anti - thyreoglobulin
<input type="checkbox"/> Fe	<input type="checkbox"/> GGT (GMT)	<input type="checkbox"/> Triacylglyceroly		<input type="checkbox"/> Anti-TPO (thyr.peroxidáza)
<input type="checkbox"/> STFR	<input type="checkbox"/> Cholinesteráza	<input type="checkbox"/> Cholesterol		<input type="checkbox"/> Thyreoglobulin
<input type="checkbox"/> Fosfáty anorg.	<input type="checkbox"/> Amyláza	<input type="checkbox"/> HDL cholesterol	<input type="checkbox"/> IgA	<input type="checkbox"/> TRAK
<input type="checkbox"/> Osmolalita	<input type="checkbox"/> Pankreatická amyláza	<input type="checkbox"/> LDL cholesterol	<input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/> CRP-HS
<input type="checkbox"/> Měď	<input type="checkbox"/> Lipáza	<input type="checkbox"/> ELFO lipoproteinů	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> RF
<input type="checkbox"/> Zinek	<input type="checkbox"/> ACE (angiot. konvertáza)	<input type="checkbox"/> Lipoprotein Lp(a)	<input type="checkbox"/> Ceruloplazmin	<input type="checkbox"/> ASLO
<input type="checkbox"/> Selen	<input type="checkbox"/> ALP-izoenzymy	<input type="checkbox"/> Apolipoprotein B	<input type="checkbox"/> Prealbumin	<input type="checkbox"/> Prokalcitonin
<input type="checkbox"/> Mangan	<input type="checkbox"/> LD - izoenzymy	<input type="checkbox"/> Apolipoprotein A-I	<input type="checkbox"/> Orosomukoprotein	
<input type="checkbox"/> Glukóza	<input type="checkbox"/> Celkový bilirubin	<input type="checkbox"/> Troponin I kardiální	<input type="checkbox"/> Haptoglobinml/hod DIURÉZA cmkg VÝŠKA HMOTNOST
<input type="checkbox"/> Glykovaný Hb	<input type="checkbox"/> Přímý bilirubin	<input type="checkbox"/> Myoglobin	<input type="checkbox"/> Alfa-1-antitrypsin	
<input type="checkbox"/> C-peptid	<input type="checkbox"/> Platina	<input type="checkbox"/> CK - MB	<input type="checkbox"/> Transferin	
<input type="checkbox"/> Inzulin	<input type="checkbox"/> Olovo	<input type="checkbox"/> NT-proBNP	<input type="checkbox"/> SAA	
<input type="checkbox"/> Anti GAD	<input type="checkbox"/> ELF test	<input type="checkbox"/> Homocystein	<input type="checkbox"/> albuminurie	
<input type="checkbox"/> Anti IA-2		<input type="checkbox"/> Celková bílkovina	<input type="checkbox"/> Bence Jones bílkovina	
<input type="checkbox"/> Anti IAA		<input type="checkbox"/> Albumin		

Pro každý materiál je nutno použít samostatnou žádanku.

ODDELENÍ:

Telefon:

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

POJIŠTOVNA

Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)

PŘÍJMENÍ

PSC

Odbornost

Diagnóza

JMÉNO

IČZ lékaře

Datum, čas

Jmenovka a podpis lékaře

PSA
 Volné PSA
 PSA3.generace
 PHI
 CA 19-9
 CA 15-3
 CA 125
 CA 72-4
 CEA
 Ferritin
 HCG
 HCG+beta
 NSE
 SCC
 AFP
 CYFRA 21-1
 S-100
 Kalcitonin
 Kalcitonin stimulační

Prolaktin
 FSH
 LH
 Testosteron
 Progesteron
 Estradiol
 SHBG
 Kortisol volný v moči
 Kortisol celkový v séru
 Dehydroepiandrosteronsulfát
 17-hydroxyprogesteron
 Parathormon intaktní
 Somatotropin (hGH, STH)
 Renin
 Aldosteron
 ACTH
 P I NP
 Beta - crosslaps (CTX)
 25-OH vitamin D

NAG
 Alfa-1-mikroglobulin
 Beta-2-mikroglobulin
 Metabolity katecholaminů (HVA, VMA)
 5-HIAA
 Free 3-MT
 CDT
 IGF-I

Vitamin B 12
 Listová kyselina (folát)
 Vitamin A
 Vitamin E
 Anti HAV IgM
 Anti HAV IgG
 Anti HCV
 HCV antigen
 HBsAg
 HBeAg
 Anti HBs
 Anti HBe
 Anti HBc IgM
 Anti HBc IgG

Laktát
 amoniak
 Volný hemoglobin
 Fetální hemoglobin
 Hemoglobin A2
 α-defenzin

Pro každý materiál je nutno použít samostatnou žádanku.

Kód náhrady:

Identifikační údaje laboratoře:

Identifikace externího pacienta:

ÚLCHKB 2.LF UK a FN Motol
 V ÚVALU 84
 150 06 PRAHA 5
 IČZ: 05002152

Adresa zařízení lékaře/žadatele:

Přednosta: prof. MUDr. Richard Průša, CSc.
 Telefon: 2 2443 5313, 5330 Fax: 2 2443 5320

Adresa pacienta:

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
III LP_8UKBP_1/2007-17		
Datum vydání: 1.1.2024	Verze: 17	Strana 3 (celkem 4)

Žádanka o vyšetření moči

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 potrubní pošta 11, 33, 55

moč – statim moč - normální stolice konkrement

- Moč chemicky – vyš. parametry: spec.hmotnost, pH, leukocyty, nitrity, bílkovina, glukóza, ketolátky, urobilinogen, bilirubin, krev
- Moč mikroskopicky
- Močový konkrement
- Hemoglobin ve stolici

Pro každý materiál je nutno použít samostatnou žádanku.

ODDĚLENÍ:

Telefon:

Diuresa: ml/.....hod. Kód náhrady

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

POJIŠTOVNA

Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)

PŘÍJMENÍ

PŠČ

Odbornost

Diagnóza

JMÉNO

IČZ a IČL lékaře

Datum

Jmenovka a podpis lékaře

Žádanka o vyšetření chloridů v potu

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:

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

POJIŠTOVNA

Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)

PŘÍJMENÍ

PŠČ

Odbornost

Diagnóza

JMÉNO


IČZ

Datum

Jmenovka a podpis lékaře

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
IIIILP_8UKBP_1/2007-17		
Datum vydání: 1.1.2024	Verze: 17	Strana 4 (celkem 4)

Elektronická žádanka o vyšetření

 721596567		Průvodní list k BIOCHEMICKÉMU vyšetření <small>BIOCHEMICKÁ LABORATOR</small>	
		HSTA / KDHO amb. hematolog.stacionář Tel.: 6538 IČP: 05002395 Odb.: 202 DG: C910 Poj: 111	Založeno: 06.10.2015-10:56 Plán odběru: 12.10.2015-10:54 Odběr: dle el.žádanky
Materiál: Serum Zkumavka: Cervená 2 ml (min. 1 ml) Skupina: Poznámka: Metody: 8 (9) ALP, AST, GGT, TRIGL, CHOL, P, LD (IFCC), Cystatin C,	Vyhrazeno pro ÚLCHB		

1/1

ÚLCHKB 2 LFUK 2 LF UK a FN Motol
 UNIS-STEINER, © 1991-2015, rev. 22-04-15/LAB

12.10.2015-09:12

Žádanka o vyšetření léků

L Žádanka o vyšetření koncentrace léků, toxických a návykových látek

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, potrubní pošta 5313, 5330

Laboratorní číslo:

**Zvýrazněné
léky možno
zprac.statim**

S-sérum
 B-krev
 U-moč
 P-plazma

Kód náhrady

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

Pro každý materiál je nutno použít samostatnou žádanku.

ODDĚLENÍ:

Telefon:

Čas odběru:

Čas poslední podané dávky:

Hmotnost:

kg

Výška:

cm

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

POJIŠŤOVNA

Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)

PŘÍJMENÍ

PSČ

Odbornost

Diagnóza

JMÉNO

IČZ

Datum

Jmenovka a podpis lékaře

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
III LP_8UKBP_1/2007-17		
Datum vydání: 1.1.2024	Verze: 17	Strana 5 (celkem 4)

Žádanka o vyšetření HIV

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, potrubiční 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

--	--	--	--

POJIŠTOVNA

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

Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojištění)

PŘÍJMENÍ

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

PSČ

--	--	--	--

Odbornost

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

Diagnóza

JMÉNO

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

IČZ

Datum

Jmenovka a podpis lékaře

FN Motol	Ústav lékařské chemie a klinické biochemie	
Laboratorní příručka		
IIIILP_8UKBP_1/2007-17		
Datum vydání: 1.1.2024	Verze: 17	Strana 6 (celkem 4)

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, potrubiň 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 Jméno..... Příjmení..... Rodné číslo (pokud se liší od čísla pojistěnce)..... PSČ..... IČZ.....		Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Hmotnost (kg)..... Výška (cm)..... Diagnóza pro indikace monitorovaného léku..... 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"/> Vankomycin
<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 (dávka, 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 dávka, dávkový interval a délka infuze	Poslední dávka (kdy?)	Lék byl podán <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> i.v. Jinak.....
<input type="checkbox"/> Plasma						
<input type="checkbox"/> Sérum						
<input type="checkbox"/> Plná krev						
<input type="checkbox"/> Jiné.....						

Výsledky monitorování a interpretace, včetně doporučení:

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