

Žádanka o vyšetření mozkomíšního moku

OKB TN

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4
pav. H, 2. p., ☎: 3744



Příjmení:		Oddělení:	
Jméno:		Jméno lékaře:	
Rodné číslo:		IČZ:	
Dg:		☎:	
Pojišťovna:	Samoplátce: ANO / NE	Odbornost:	
Datum:		Čas odběru:	

Klinické údaje (nutno vyplnit!):

--

Punkce:	Lumb.	Subocc.	Komorová	Odběr do zkumavek	1	2	3
Infúze glukózy před punkcí ano/ne							
Artef. krvácení při punkci ano/ne							
Diabetes mellitus ANO - NE							
Jiné údaje							

Požadovaná vyšetření (zaškrtněte):

I. Základní vyšetření (výsledek tentýž den)		Ize žádat STATIM:	
Vzhled, Pandy, CSF- celková bílkovina, CSF - glukóza, Mononukleáry, Polynukleáry, Erytrocyty			
II. Nativní spektrofotometrie (terapie tetracyklinem ANO – NE)		V. Intratekální syntéza IgG dle Reibera (nutno dodat současně likvor i sérum!!)	
III. Cytologie sedimentační metodou		VI. CSF-laktát	
IV. Funkce hematolikorové bariéry (nutno dodat současně likvor i sérum!!) Q = Alb-CSF:Alb-S		VII. CSF-beta-2-mikroglobulin	
Poznámky			

Podpis, razítko	
------------------------	--