



| | | |
|---|--|---|
|  | Oddělení patologie a molekulární medicíny Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 |  |
| | Mail: frantisek.koukolik@ftn.cz | Tel.: 261 08 2340, |
| | marcela.stecherova@ftn.cz | 261 08 2577 |

ŽÁDANKA O HISTOLOGICKÉ (IMUNOHISTOCHEMICKÉ) VYŠETŘENÍ

Příjem materiálu: Oddělení patologie a molekulární medicíny, pavilon H -1.patro (po-pá 6 -13 hodin).
Při odběru a transportu vzorku nutno dodržovat Pracovní postup PP-FTN-40 (viz intranet).

| | |
|--------------------------------------|--|
| Jméno a příjmení pacienta | |
| Rodné číslo/datum narození | |
| Pojišťovna | |
| Samoplátce ano/ne | |
| Adresa pacienta | |
| Pohlaví | |
| Hlavní diagnóza a číselný kód | |
| Vedlejší diagnóza | |

| | |
|---|--|
| Indikující lékař, tel. | |
| IČP | |
| Odbornost | |
| Oddělení | |
| Předmět vyšetření a lokalizace | |
| Fixační tekutina | |
| Předchozí histologické vyšetření | |
| | |
| Datum odběru | |

| | |
|------------------------------|--|
| Požadovaná vyšetření: | |
|------------------------------|--|

Datum:

Podpis a razítko