


Žádanka o vyšetření při podezření na paraproteinémii („imunoelfo“)	OKB FTN Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 pav. H, 2. p., ☎: 3744	

Příjmení:		Oddělení:
Jméno:		Jméno lékaře:
Rodné číslo:		☎:
Dg:		IČZ:
Pojišťovna:	Samoplátce: ANO / NE	Odbornost:
Datum a čas odběru:		
Materiál: srážlivá krev (ve výjimečném případě při ZASLÁNÍ NESRÁŽLIVÉ KRVE PROSÍME VÝRAZNĚ OZNAČIT!!!) + první ranní moč – vzorek (zatrhněte): ANO NE		
Klinické údaje ve vztahu k požadovanému vyšetření; důvod indikace vyšetření: (potřebné pro interpretaci nálezu):		
Požadovaná vyšetření (prosím zatrhněte)		
1.	„imunoelfo“, tj. elfo séra + elfo moče + s-IgG, IgA, IgM + v indikovaných případech volné lehké řetězce Ig (FLC), event. imunofixace	
2.	dodatečná indikace u nového atypického gradientu ve screen. elfo: IgG, IgA, IgM + imunofixace séra / moče + FLC	

Datum:

Podpis, razítko: