

Žádanka na cytogenetické vyšetření a FISH

Informace o pacientovi	
Jméno pacienta:	
Rodné číslo:	
Adresa:	
Pojišťovna:	
Dg.:	

Materiál	
Kostní dřev WBCx10 ⁹ /l	
Periferní krev	

Požadované vyšetření	
Klasická cytogenetická analýza	
FISH	
CGH	
Jiné	

Datum a čas odběru	Podpis a razítko