

ŽÁDANKA K UCHOVÁNÍ BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU – BIOBANKING

PACIENT	ZADAVATEL
Jméno: Číslo pojištěnce: Pojišťovna: Datum odběru:	Jméno lékaře: IČP: Odbornost: Adresa: Tel.:
Materiál: <input type="checkbox"/> Periferní krev <input type="checkbox"/> Kostní dřeň <input type="checkbox"/> Bukální stěr <input type="checkbox"/> Jiné	Razítko a podpis:
Diagnóza: <input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> CML <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> jiné	Doplňující informace:
Stav choroby: <input type="checkbox"/> Diagnóza / vstup <input type="checkbox"/> Remise <input type="checkbox"/> Rezistence <input type="checkbox"/> Relaps / progrese <input type="checkbox"/> Před / po transplantaci	

Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta.

Vyplní laboratoř:

Číslo materiálu:

Datum a čas dodání do laboratoře:

Materiál převzal a přezkoumal: