



## ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

### VYPLNÍ LÉKAŘ

Identifikační údaje-pacient		Identifikační údaje-zadavatel	
Číslo pojištění:		IČP:	
Pojišťovna:		Jméno a příjmení lékaře:	
Jméno:		Odbornost:	
Příjmení:		Oddělení, NS:	
Datum narození:		Telefon:	
Pohlaví (M/Ž):		Razítko a podpis lékaře:	
Dg. + poznámka lékaře:			
Identifikační údaje - vzorek			
Datum a čas odběru:		Datum a čas příjmu:	
Odběr provedl:		Přijal:	
Materiál:		Poznámka:	
<input type="radio"/> Srážlivá krev <input type="radio"/> Sérum <input type="radio"/> Likvor			

LIKVOR	KREV/SÉRUM
<input type="radio"/> NfL (lehké řetězce neurofilament)*	<input type="radio"/> CDT
<input type="radio"/> Amyloid $\beta$ 1-40*	
<input type="radio"/> Amyloid $\beta$ 1-42*	
<input type="radio"/> tTau protein*	
<input type="radio"/> pTau protein*	
<input type="radio"/> Poměr amyloid $\beta$ 1-42/1-40 (výpočet)	

\* **Speciální odběr:** Vzorky odebrat do **polypropylenových zkumavek** a dodat do laboratoře do 1 hodiny od odběru. Pokud není možné dodání do 1 hodiny, likvor zcentrifugovat do 2 hodin při 2000 x g po dobu 10 minut, následně zamrazit při -20 °C nebo -80 °C a dodat do laboratoře do týdne. Vzorky uchovávat pouze v **hydrofobních polypropylenových zkumavkách**.