

Centrum lékařské genetiky – laboratoř
Tel. 54313 6713, 6913, 6601

Požadavek na odběr na farmakogenetické vyšetření

Příjmení, jméno pacienta:		
Číslo pojištěnce:	Zdravotní pojišťovna:	
Číslo pasu (u cizinců)	Muž:	Žena:
Základní diagnóza:	Ostatní dg.:	

- DPYD
- Gilbertův syndrom
- Trombofilní mutace

K žádance na odběr přiložte informovaný souhlas.

Datum:	Razítko zařízení / lékaře
--------	---------------------------

Odběr - 1x 2,6ml s K3EDTA – růžová

Datum a čas odběru:

Jméno odběrové sestry:

Příjem materiálu: