

PACIENT

ID - číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)		Pojišťovna:	
Jméno:		Příjmení:	
☐ M ☐ Ž	Diagnóza:		

Datum a čas odběru:	
Datum a čas příjmu: (vyplní laboratoř)	
Statim (označte kroužkem)	Ano Ne

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)	Razítko, IČL a podpis lékaře:	Telefon žadatele:
		O výsledky si nevolejte! (výsledek bude sdělen na telefon žadatele)

X	Krev (8 ml)	X	Moč (50 ml)	X	Žaludeční obsah (50 ml)	X	Jiný materiál (uved'te)
	Ethanol		Ethanol		Medikamenty		
	Methanol		Methanol		Jiné (uved'te):		
	Jiné těkavé látky		Jiné těkavé látky				
	Medikamenty		Medikamenty				
	Paracetamol (hladina)		Návykové látky				
			Kratom				
	Ethylenglykol		Ethylenglykol				
	Toxiny hub		Toxiny hub				
	COHb		Ethylglukuronid (metabolit ethanolu)				
	Jiné (uved'te):		Jiné (uved'te):				

Předpokládaná škodlivina:
Čas od intoxikace (hod.)
Léky podané před odběrem biologického materiálu:
Průběh intoxikace (příznaky):
Další sdělení:

Číslo vyšetření LSOUD (vyplní laboratoř)
--

Výsledek vyšetření