

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:
--	--------------------------------------	--------------------------

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

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

Druh biologického materiálu (BM) a požadované vyšetření vyznačte ☒
Pro jiný materiál nebo jiné (neuvedené) vyšetření kontaktujte laboratoř na nepřetržitém telefonním čísle 585 632 611.
Podrobnosti k odběru BM a spektru vyšetření viz katalog laboratorních vyšetření FNOL <http://laboratore.fnol.cz/>

Číslo vyšetření LSOUD (vyplní laboratoř)
