



## Žádanka o vyšetření OKBH

Kloubní tekutina

ID č. pacienta:

Příjmení a jméno:

Diagnóza:

Datum narození:

Pojišťovna:

---

KLOUBNÍ TEKUTINA - cytologické vyšetření

Leukocyty v kl. tek.

Erytrocyty v kl. tek.

Neutrofil. seg. v kl. tek.

Lymfocyty v kl. tek.

Monocyty v kl. tek.

Krystaly v kl. tek.

---

Požaduje:

IČZ lékaře:

Odbornost:

Datum a čas odběru:

Podpis:

Odběr provedl :

Odběr z kloubu: