



PRŮVODKA PRO CYTOGENETICKOU ANALÝZU PERIFERNÍCH LYMFOCYTŮ



Odd. genetické toxikologie CKL ZÚ se sídlem v Ostravě, Partyzánské nám. 7, 702
tel.: 596200383, IČ 71009396

L 1554

Jméno a příjmení:	Zdravotní pojišťovna:
Bydliště:	Rodné číslo:
Pracoviště v době odběru krve:	Důvod vyš.: nařízená preventivní prohlídka (Z100) žádost orgánu veřejného zdraví jiný
Profese:	
Druh rizika:	Počet let odprac. v riziku:
Virové onemocnění dých. cest při odběru:	ano - ne
v posledním měsíci:	ano – ne
Jiná onemocnění:	ano – ne
v době odběru:	
poslední 3 měsíce:	
Léky:	ano – ne
jaké před odběrem:	
jaké, jejichž užívání ukončeno v týdnech před odběrem:	
pravidelné dlouhodobé užívání léků jakých:	
Vitamíny (pravidelné užívání):	ano – ne
jaké před odběrem:	
jaké, jejichž užívání ukončeno v týdnech před odběrem:	
Pití kávy (kolik):	ano – ne
Požítí alkoholu 48 hod. před odběrem (kolik):	ano – ne
Nekuřák (jak dlouho):	
Kuřák (kolik denně):	
Rtg-vyšetření – terapie: skia (v posl . 3 měs.):	ano – ne
jaká:	
Nárazová expozice chemickým látkám	
v zaměstnání (havárie) :	ano – ne
mimo zaměstnání (barvy, postřiky):	ano – ne
Ozáření při radioaktivní nehodě	
doba před odběrem:	ano – ne
Jiné okolnosti v posledních 3 měsících	
(včetně očkování - týdnů před odběrem):	ano – ne
Datum odběru:	Podpis:

Počet anal. buněk	Počet aberantních b.	AB.B. %	Z1	Z2	V1	V2	Z/B	G1	G2