

Žádanka na vyšetření fragmentace DNA spermií metodou Halosperm

Osobní data pacienta (štítek)	Indikující lékař:
Jméno a příjmení: Číslo pojištění: Datum narození: Pojišťovna: Samoplátce Adresa: Diagnóza (MKN):	(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)
Indikace:	
<input type="checkbox"/> abnormální spermiogram <input type="checkbox"/> opakované spontánní potraty <input type="checkbox"/> opakované neúspěchy IVF <input type="checkbox"/> dárcovství spermatu <input type="checkbox"/> jiné:	
Primární vzorek - ejakulát:	
Datum a čas odběru: Objem: Koncentrace spermií: % progresivně pohyblivých:	
Vzorek naředit médiem (PBS / médium pro proplach spermií) na koncentraci 5-10×10⁶/ml a zmrazit na -20° C, uchovat zmražený po dobu přepravy.	
Použité médium: Výsledná koncentrace: Provedl/a:	
Vyšetření provádí: GENNET Liberec – cytogenetická laboratoř, Liliová 1, 460 01 Liberec, tel. 483 101 324	
Záznamy laboratoře Datum a čas příjmu vzorku/žádanky: Vzorek/žádanku přijal/a:	