


Žádanka o imunoanalytické vyšetření				Laboratorní číslo: (nevyplňujte)	
 <p>Nemocnice Na Homolce OKBHI – laboratoř IA Roentgenova 2 150 30 PRAHA 5 ☎ 257 272 159</p>					
Příjmení				Pojišťovna	
Jméno				Pohlaví	
Číslo pojištěnce				Datum narození	
Adresa				Země (cizinci)	
Primární vzorek	krev	Datum a čas odběru		Diagnóza	
ŠTÍTNÁ ŽLÁZA		HORMONY, KOSTNÍ MARKERY		MARKERY	
TSH	LH	iPTH	AFP	CA 72-4	
T3	FSH	Kalcidiol	CEA	CYFRA 21-1	
T4	Prolaktin	Kalcitriol	beta hCG	SCCA	
FT3	Progesteron	P1NP	PSA	NSE	
FT4	Estradiol	CTx (beta-crosslaps)	fPSA	TPA	
Tg	Testosteron	Aldosteron	sPSA	ICTP	
Anti - hTg	f Testosteron	Renin	CA 19-9	HE4	
TPO	DHEAs		CA 15-3		
TRAK	SHBG		CA 125		
Zdravotnické zařízení (razítko):			Lékař (jmenovka a podpis):		