

**ŽÁDANKA O CHEMICKÉ VYŠETŘENÍ MOČE
 A MOČOVÉHO SEDIMENTU**

PACIENT:
Rodné číslo:...../...../.....
 (u cizinců č. pojistky, datum narození)
Příjmení, jméno:.....
Pohlaví: MUŽ / ŽENA **Umístění:**.....
Diagnóza :..... **Kód pojišťovny:**

Datum a čas odběru :

LÉKAŘ: razítko a podpis

5	6	7	8	9	pH
0	1	2	3	4	Bílkovina
0	1	2	3	4	Glukosa
0	1	2	3		Ketolátky
0	1	2	3		Urobilinogea
0	1	2	3		Bilirubin
0	1	2	3		Krev

Sediment (průměr v zorném poli)

0-4	5-10	11-20	21-40	Plné pole	Shlu ky	U-Erytrocyty
0-4	5-10	11-20	21-40	Plné pole	Shlu ky	U-Leukocyty
0	1-4	5-10	> 10			Válce
1-4	5-10	11-20	> 20			Dlaždicovitě
1-4	5-10	11-20	> 20			Kulovitě
1-4	5-10	11-20	> 20			Vřetenovitě

Epitelie

Bakterie		Kvasinky	Hlen
K.močová	Uráty	Drť	Krystaly
Oxaláty	Tripelfosfát		

Poznámka:

**ŽÁDANKA O CHEMICKÉ VYŠETŘENÍ MOČE
 A MOČOVÉHO SEDIMENTU**

PACIENT:
Rodné číslo:...../...../.....
 (u cizinců č. pojistky, datum narození)
Příjmení, jméno:.....
Pohlaví: MUŽ / ŽENA **Umístění:**.....
Diagnóza :..... **Kód pojišťovny:**

Datum a čas odběru :

LÉKAŘ: razítko a podpis

5	6	7	8	9	pH
0	1	2	3	4	Bílkovina
0	1	2	3	4	Glukosa
0	1	2	3		Ketolátky
0	1	2	3		Urobilinogen
0	1	2	3		Bilirubin
0	1	2	3		Krev

Sediment (průměr v zorném poli)

0-4	5-10	11-20	21-40	Plné pole	Shlu ky	U-Erytrocyty
0-4	5-10	11-20	21-40	Plné pole	Shlu ky	U-Leukocyty
0	1-4	5-10	> 10			Válce
1-4	5-10	11-20	> 20			Dlaždicovitě
1-4	5-10	11-20	> 20			Kulovitě
1-4	5-10	11-20	> 20			Vřetenovitě

Epitelie

Bakterie		Kvasinky	Hlen
K.močová	Uráty	Drť	Krystaly
Oxaláty	Tripelfosfát		

Poznámka:

**ŽÁDANKA O CHEMICKÉ VYŠETŘENÍ MOČE
 A MOČOVÉHO SEDIMENTU**

PACIENT:
Rodné číslo:...../...../.....
 (u cizinců č. pojistky, datum narození)
Příjmení, jméno:.....
Pohlaví: MUŽ / ŽENA **Umístění:**.....
Diagnóza :..... **Kód pojišťovny:**

Datum a čas odběru :

LÉKAŘ: razítko a podpis

5	6	7	8	9	pH
0	1	2	3	4	Bílkovina
0	1	2	3	4	Glukosa
0	1	2	3		Ketolátky
0	1	2	3		Urobilinogea
0	1	2	3		Bilirubin
0	1	2	3		Krev

Sediment (průměr v zorném poli)

0-4	5-10	11-20	21-40	Plné pole	Shlu ky	U-Erytrocyty
0-4	5-10	11-20	21-40	Plné pole	Shlu ky	U-Leukocyty
0	1-4	5-10	> 10			Válce
1-4	5-10	11-20	> 20			Dlaždicovitě
1-4	5-10	11-20	> 20			Kulovitě
1-4	5-10	11-20	> 20			Vřetenovitě

Epitelie

Bakterie		Kvasinky	Hlen
K.močová	Uráty	Drť	Krystaly
Oxaláty	Tripelfosfát		

Poznámka:

**ŽÁDANKA O CHEMICKÉ VYŠETŘENÍ MOČE
 A MOČOVÉHO SEDIMENTU**

PACIENT:
Rodné číslo:...../...../.....
 (u cizinců č. pojistky, datum narození)
Příjmení, jméno:.....
Pohlaví: MUŽ / ŽENA **Umístění:**.....
Diagnóza :..... **Kód pojišťovny:**

Datum a čas odběru :

LÉKAŘ: razítko a podpis

5	6	7	8	9	pH
0	1	2	3	4	Bílkovina
0	1	2	3	4	Glukosa
0	1	2	3		Ketolátky
0	1	2	3		Urobilinogen
0	1	2	3		Bilirubin
0	1	2	3		Krev

Sediment (průměr v zorném poli)

0-4	5-10	11-20	21-40	Plné pole	Shlu ky	U-Erytrocyty
0-4	5-10	11-20	21-40	Plné pole	Shlu ky	U-Leukocyty
0	1-4	5-10	> 10			Válce
1-4	5-10	11-20	> 20			Dlaždicovitě
1-4	5-10	11-20	> 20			Kulovitě
1-4	5-10	11-20	> 20			Vřetenovitě

Epitelie

Bakterie		Kvasinky	Hlen
K.močová	Uráty	Drť	Krystaly
Oxaláty	Tripelfosfát		

Poznámka: