

ŽÁDANKA NA HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ		Hematologicko-transfuzní oddělení	
Razítko žadatele:		Nemocnice Vyškov, p.o. Purkyňova 36, 682 02 Vyškov Tel: +420 517 315 451 http://www.nemvy.cz	
Odebral/datum a čas odběru:		Štítek pacienta:	
STATIM: <input type="checkbox"/>			
Číslo pojištění:			
Příjmení a jméno pojištěnce:			
Datum narození:			
Pohlaví: muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>		Medikace pacienta:	
Základní diagnóza:		Antikoagulace (Warfarin)	
Pojišťovna:		NOAC	
IČP žadatele:		LMWH	
Odbornost:			
Požadovaná vyšetření označte: <input checked="" type="checkbox"/>			
Materiál: Krev (K EDTA)		Krev (Citrát sodný)	
<input type="checkbox"/>	Krevní obraz (KO)	<input type="checkbox"/>	QUICK (QUICK+INR)
<input type="checkbox"/>	KO+DIFF	<input type="checkbox"/>	aPTT
<input type="checkbox"/>	DIFF mikroskopicky	<input type="checkbox"/>	TT (trombinový čas)
<input type="checkbox"/>	Retikulyocyty (RET)	<input type="checkbox"/>	Fibrinogen
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	D-dimery
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Antitrombin
Materiál: Krev (Srážlivá krev)		K těmto vyšetřením dodat 2. zkumavku	
<input type="checkbox"/>	HIV 1+2+Antigen	<input type="checkbox"/>	EGT (Ethanol gelifikační test)
<input type="checkbox"/>	HbsAg	<input type="checkbox"/>	RČ (rekalcifikační čas)
<input type="checkbox"/>	Anti HCV (C hepatitida)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Syphilis	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dávka a druh terapie:			
Poznámka:			
Údaje laboratoře:		Laboratorní číslo:	
Přijal:			
Datum a čas příjmu:			