

Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace Hematologicko-transfuzní oddělení	
Číselné označení dokumentu:	LP
Název dokumentu:	Příloha č. 4 Laboratorní příručky HTO Žádanka na hematologické vyšetření
Verze číslo: 01	Platnost od: 1.9.2024

ŽÁDANKA NA HEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ		Hematologicko-transfuzní oddělení	
Razítko žadatele:		Nemocnice Vyškov, p.o. Purkyňova 235/36, Nosálovice 682 02 Vyškov Tel: +420 517 315 451 http://www.nemvy.cz	
Odebral/datum a čas odběru:		Štítek pacienta:	
STATIM: <input type="checkbox"/>			
Číslo pojištěnce:			
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)	
Krevní obraz (KO)		QUICK (QUICK+INR)	
KO+DIFF		aPTT	
KO+DIFF+NORMOBLASTY		TT (trombinový čas)	
KO+DIFF+RET+optické počítání trombocytů		Fibrinogen	
DIFF mikroskopicky		D-dimery	
Retikulocyty		Antitrombin	
Tělní tekutiny		Anti-Xa	
Materiál: Krev (Srážlivá krev)			
HIV 1+2+Antigen			
HbsAg			
Anti HCV (C hepatitida)			
Syphilis			
Dávka a druh terapie:			
Poznámka:			
Údaje laboratoře:		Laboratorní číslo:	
Přijal:			
Datum a čas příjmu:			
F-131, Platnost od 1.12.2024, Verze 4			

Zpracoval: Mgr. Zbořilová Lucie
Schválil: MUDr. Závodná Růžena
Datum: 1.9.2024