

ŽÁDANKA NA IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ - KREV DO EDTA NEBO SRÁŽLIVÁ



Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradištská nemocnice a. s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště
www.nemuh.cz, **572 529 111**, IČ 276 60 915
Lab. předtransfuzních vyšetření: **572 529 891**

Laboratorní č.

 STATIM

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození:

Pohlaví: M Ž

Kód pojišťovny:

Dg.:

ŽADATEL

Razítko a podpis lékaře, identifikace zdravotnického zařízení, oddělení, IČP (IČZ), odbornost, kontaktní údaje.

Datum a čas odběru:

Odebral:

Datum a čas příjmu:

Klinicky relevantní informace:

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

- KREVNÍ SKUPINA (KS) PŘÍMÝ ANTIGLOB. TEST (PAT)
 SCREENING PROTILÁTEK (SCP)

ŽÁDANKA NA IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ - KREV DO EDTA NEBO SRÁŽLIVÁ



Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradištská nemocnice a. s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště
www.nemuh.cz, **572 529 111**, IČ 276 60 915
Lab. předtransfuzních vyšetření: **572 529 891**

Laboratorní č.

 STATIM

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození:

Pohlaví: M Ž

Kód pojišťovny:

Dg.:

ŽADATEL

Razítko a podpis lékaře, identifikace zdravotnického zařízení, oddělení, IČP (IČZ), odbornost, kontaktní údaje.

Datum a čas odběru:

Odebral:

Datum a čas příjmu:

Klinicky relevantní informace:

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

- KREVNÍ SKUPINA (KS) PŘÍMÝ ANTIGLOB. TEST (PAT)
 SCREENING PROTILÁTEK (SCP)

ŽÁDANKA NA IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ - KREV DO EDTA NEBO SRÁŽLIVÁ



Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradištská nemocnice a. s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště
www.nemuh.cz, **572 529 111**, IČ 276 60 915
Lab. předtransfuzních vyšetření: **572 529 891**

Laboratorní č.

 STATIM

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození:

Pohlaví: M Ž

Kód pojišťovny:

Dg.:

ŽADATEL

Razítko a podpis lékaře, identifikace zdravotnického zařízení, oddělení, IČP (IČZ), odbornost, kontaktní údaje.

Datum a čas odběru:

Odebral:

Datum a čas příjmu:

Klinicky relevantní informace:

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

- KREVNÍ SKUPINA (KS) PŘÍMÝ ANTIGLOB. TEST (PAT)
 SCREENING PROTILÁTEK (SCP)

ŽÁDANKA NA IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ - KREV DO EDTA NEBO SRÁŽLIVÁ



Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradištská nemocnice a. s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště
www.nemuh.cz, **572 529 111**, IČ 276 60 915
Lab. předtransfuzních vyšetření: **572 529 891**

Laboratorní č.

 STATIM

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození:

Pohlaví: M Ž

Kód pojišťovny:

Dg.:

ŽADATEL

Razítko a podpis lékaře, identifikace zdravotnického zařízení, oddělení, IČP (IČZ), odbornost, kontaktní údaje.

Datum a čas odběru:

Odebral:

Datum a čas příjmu:

Klinicky relevantní informace:

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

- KREVNÍ SKUPINA (KS) PŘÍMÝ ANTIGLOB. TEST (PAT)
 SCREENING PROTILÁTEK (SCP)