

ŽÁDANKA NA KOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ-KREV DO CITRÁTU



Uherskohradištská nemocnice a.s.

**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
Telefon koagulační laboratoře: **572 529 805**

Laboratorní č.

STATIM

PACIENT

Číslo pojištění:

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

Antikoagulační léčba

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Protrombin. test | <input type="checkbox"/> APTT | <input type="checkbox"/> Fibrinogen | <input type="checkbox"/> kumariny |
| <input type="checkbox"/> Trombinový test | <input type="checkbox"/> D-dimery | <input type="checkbox"/> Anti-Xa aktivita | <input type="checkbox"/> heparin |
| <input type="checkbox"/> Faktor VIII | <input type="checkbox"/> ProC Global | <input type="checkbox"/> Antitrombin | <input type="checkbox"/> jiná..... |

ŽÁDANKA NA KOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ-KREV DO CITRÁTU



Uherskohradištská nemocnice a.s.

**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
Telefon koagulační laboratoře: **572 529 805**

Laboratorní č.

STATIM

PACIENT

Číslo pojištění:

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

Antikoagulační léčba

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Protrombin. test | <input type="checkbox"/> APTT | <input type="checkbox"/> Fibrinogen | <input type="checkbox"/> kumariny |
| <input type="checkbox"/> Trombinový test | <input type="checkbox"/> D-dimery | <input type="checkbox"/> Anti-Xa aktivita | <input type="checkbox"/> heparin |
| <input type="checkbox"/> Faktor VIII | <input type="checkbox"/> ProC Global | <input type="checkbox"/> Antitrombin | <input type="checkbox"/> jiná..... |

ŽÁDANKA NA KOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ-KREV DO CITRÁTU



Uherskohradištská nemocnice a.s.

**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
Telefon koagulační laboratoře: **572 529 805**

Laboratorní č.

STATIM

PACIENT

Číslo pojištění:

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

Antikoagulační léčba

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Protrombin. test | <input type="checkbox"/> APTT | <input type="checkbox"/> Fibrinogen | <input type="checkbox"/> kumariny |
| <input type="checkbox"/> Trombinový test | <input type="checkbox"/> D-dimery | <input type="checkbox"/> Anti-Xa aktivita | <input type="checkbox"/> heparin |
| <input type="checkbox"/> Faktor VIII | <input type="checkbox"/> ProC Global | <input type="checkbox"/> Antitrombin | <input type="checkbox"/> jiná..... |

ŽÁDANKA NA KOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ-KREV DO CITRÁTU



Uherskohradištská nemocnice a.s.

**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
Telefon koagulační laboratoře: **572 529 805**

Laboratorní č.

STATIM

PACIENT

Číslo pojištění:

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

Antikoagulační léčba

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Protrombin. test | <input type="checkbox"/> APTT | <input type="checkbox"/> Fibrinogen | <input type="checkbox"/> kumariny |
| <input type="checkbox"/> Trombinový test | <input type="checkbox"/> D-dimery | <input type="checkbox"/> Anti-Xa aktivita | <input type="checkbox"/> heparin |
| <input type="checkbox"/> Faktor VIII | <input type="checkbox"/> ProC Global | <input type="checkbox"/> Antitrombin | <input type="checkbox"/> jiná..... |