Kód pojišťovny	*verze žádanky*	**IČP:**	**Datum:**	**Kopie:**
	LAB 015-verze 8-A5	**Odbornost:**	**Čas odběru:**	

ŽÁDANKA NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Hematologie a transfuzní oddělení Nemocnice Kyjov
Strážovská 1247/22, 697 01 Kyjov, IČO: 00226912, tel.: 518 601 697, 518 601 693

Číslo vzorku:

Pacient			
Č.pojištěnce		**Základní diagnóza**	
Poznámka: muž / žena		Ost. dg.	

razítko a podpis lékaře

KREV (K_3EDTA) – nesrážlivá krev
□ Krevní obraz ●
□ Krevní obraz s 5populačním diferenciálním počtem leukocytů-analyzátor ●
□ Retikulocyty ●
□ Diferenciální počet leukocytů - mikroskopicky
□ Trombocyty mikroskopicky

SPECIÁLNÍ KOAGULACE-PLAZMA[2)] (CITRÁT)
nesrážlivá krev
□ Faktor VIII
□ Protein C
□ Protein S
□ Cirkulující antikoagulans PT[3)]
□ Cirkulující antikoagulans aPTT[3)]

PLAZMA[2)] (CITRÁT) – nesrážlivá krev
□ Protrombinový test – PT (Quick) ●
□ Aktivovaný parciální tromboplast. test – aPTT ●
□ Fibrinogen ●
□ Antitrombin ●
□ D – Dimery ●
□ Trombinový čas ●
□ Aktivita anti-Xa (LMWH) ●
□ Trombocyty v citrátu ●

PLAZMA[2)] (CITRÁT) – imunohematologické vyšetření [4)]
nesrážlivá krev
□ Krevní skupina +Rh faktor ●
□ Screening antierytrocytárních protilátek ●
□ Přímý antiglobulinový test ●

SÉRUM – srážlivá krev
□ HBsAg □ HCV
□ HIV (Ag/Ab) □ Syfilis + RPR

● lze požadovat statim 1) odběr na HTO 2) transport do laboratoře do 2 hodin 3) dle ordinace hematologa 4) nutno dodat samostatnou zkumavku