

Oddělení hematologie a krevní transfúze Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

POŽADAVKOVÝ LIST K LABORATORNÍMU VYŠETŘENÍ

Podpis lékaře, razítko, adresa, IČZ/IČP

Příjmení, jméno

Číslo pojištění

Diagnóza

Kód pojišťovny

Datum a čas odběru

Statim

Požadované vyšetření označte křížkem. Vyšetření dostupné statim je označené hvězdou *.

	Krevní obraz *			B – K _{2/3} EDTA		D dimer *	B – citrát
	Krevní obraz s diferenciálem leukocytů *			B – K _{2/3} EDTA		Anti – Xa aktivita *	B – citrát
	Krevní obraz s diferenciálem leukocytů + retikulocyty *			B – K _{2/3} EDTA		APC rezistence	B – citrát
	Diferenciální rozpočet leukocytů mikroskopicky			B – K _{2/3} EDTA		Faktor VIII	B – citrát
	Retikulocyty mikroskopicky			B – K _{2/3} EDTA		Protein C	B – citrát
	Vyšetření tělní tekutiny	původ:		B – K _{2/3} EDTA		Protein S	B – citrát
	Cytologické vyšetření mozkomíšního moku			bez přísad		Trombofilní stavy (FVIII, PC, PS, APCR)	B – citrát
	Protrombinový test (Quick) *			B – citrát		Dabigatran *	B – citrát
	APTT *			B – citrát	Uveďte antikoagulační léčbu:		
	Fibrinogen *			B – citrát	Laboratorní číslo		
	Antithrombin *			B – citrát			
	Trombinový test *			B – citrát			