

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

PACIENT: Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Příjmení, jméno:	Razítko a podpis:
Pohlaví: MUŽ / ŽENA Urgentnost:	
Kód pojišťovny: Diagnóza:	
Umístění pacienta:	Datum a čas odběru : (odebral): Odběr ze žíly

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

<input type="checkbox"/>	PT	<input type="checkbox"/>	APTT	<input type="checkbox"/>	FIBRINOGEN	<input type="checkbox"/>	D- DIMERY
--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------

Odběr: zkumavka s citrátem, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

Pokud pacient podstupuje koagulační léčbu, specifikujte:

Poznámka:

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

PACIENT: Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Příjmení, jméno:	Razítko a podpis:
Pohlaví: MUŽ / ŽENA Urgentnost:	
Kód pojišťovny: Diagnóza:	
Umístění pacienta:	Datum a čas odběru : (odebral): Odběr ze žíly

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

<input type="checkbox"/>	PT	<input type="checkbox"/>	APTT	<input type="checkbox"/>	FIBRINOGEN	<input type="checkbox"/>	D- DIMERY
--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------

Odběr: zkumavka s citrátem, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

Pokud pacient podstupuje koagulační léčbu, specifikujte:

Poznámka:

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

PACIENT: Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Příjmení, jméno:	Razítko a podpis:
Pohlaví: MUŽ / ŽENA Urgentnost:	
Kód pojišťovny: Diagnóza:	
Umístění pacienta:	Datum a čas odběru : (odebral): Odběr ze žíly

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

<input type="checkbox"/>	PT	<input type="checkbox"/>	APTT	<input type="checkbox"/>	FIBRINOGEN	<input type="checkbox"/>	D- DIMERY
--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------

Odběr: zkumavka s citrátem, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

Pokud pacient podstupuje koagulační léčbu, specifikujte:

Poznámka:

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

PACIENT: Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Příjmení, jméno:	Razítko a podpis:
Pohlaví: MUŽ / ŽENA Urgentnost:	
Kód pojišťovny: Diagnóza:	
Umístění pacienta:	Datum a čas odběru : (odebral): Odběr ze žíly

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

<input type="checkbox"/>	PT	<input type="checkbox"/>	APTT	<input type="checkbox"/>	FIBRINOGEN	<input type="checkbox"/>	D- DIMERY
--------------------------	----	--------------------------	------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------

Odběr: zkumavka s citrátem, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

Pokud pacient podstupuje koagulační léčbu, specifikujte:

Poznámka: