

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

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

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

	PT
--	----

	APTT
--	------

	FIBRINOGEN
--	------------

	D- DIMERY
--	-----------

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

Pokud pacient podstupuje antikoagulační léčbu, specifikujte:

Poznámka:

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

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

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

	PT
--	----

	APTT
--	------

	FIBRINOGEN
--	------------

	D- DIMERY
--	-----------

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

Pokud pacient podstupuje antikoagulační léčbu, specifikujte:

Poznámka:

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

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

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

	PT
--	-----------

	APTT
--	-------------

	FIBRINOGEN
--	-------------------

	D- DIMERY
--	------------------

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

Pokud pacient podstupuje antikoagulační léčbu, specifikujte:

Poznámka:

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

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

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

	PT
--	-----------

	APTT
--	-------------

	FIBRINOGEN
--	-------------------

	D- DIMERY
--	------------------

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

Pokud pacient podstupuje antikoagulační léčbu, specifikujte:

Poznámka: