

## ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

<b>PACIENT:</b> <b>Rodné číslo:</b> ...../..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	<b>LÉKAŘ:</b> identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - <b>není-li uvedeno na razítku</b>
<b>Příjmení, jméno:</b> .....	<b>Razítko a podpis:</b>
<b>Pohlaví:</b> MUŽ / ŽENA <b>Urgentnost:</b> .....	
<b>Kód pojišťovny:</b> ..... <b>Diagnóza:</b> .....	
<b>Umístění pacienta:</b>	<b>Datum a čas odběru :</b> (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 podstupuje pacient antikoagulační léčbu heparinem, zaškrtněte:  pacient je léčen

Poznámka:

1 z 1

F SOP 005-004

## ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

<b>PACIENT:</b> <b>Rodné číslo:</b> ...../..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	<b>LÉKAŘ:</b> identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - <b>není-li uvedeno na razítku</b>
<b>Příjmení, jméno:</b> .....	<b>Razítko a podpis:</b>
<b>Pohlaví:</b> MUŽ / ŽENA <b>Urgentnost:</b> .....	
<b>Kód pojišťovny:</b> ..... <b>Diagnóza:</b> .....	
<b>Umístění pacienta:</b>	<b>Datum a čas odběru :</b> (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 podstupuje pacient antikoagulační léčbu heparinem, zaškrtněte:  pacient je léčen

Poznámka:

1 z 1

F SOP 005-004

## ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

<b>PACIENT:</b> <b>Rodné číslo:</b> ...../..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	<b>LÉKAŘ:</b> identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - <b>není-li uvedeno na razítku</b>
<b>Příjmení, jméno:</b> .....	<b>Razítko a podpis:</b>
<b>Pohlaví:</b> MUŽ / ŽENA <b>Urgentnost:</b> .....	
<b>Kód pojišťovny:</b> ..... <b>Diagnóza:</b> .....	
<b>Umístění pacienta:</b>	<b>Datum a čas odběru :</b> (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 podstupuje pacient antikoagulační léčbu heparinem, zaškrtněte:  pacient je léčen

Poznámka:

1 z 1

F SOP 005-004

## ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KOAGULAČNÍCH PARAMETRŮ

<b>PACIENT:</b> <b>Rodné číslo:</b> ...../..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	<b>LÉKAŘ:</b> identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - <b>není-li uvedeno na razítku</b>
<b>Příjmení, jméno:</b> .....	<b>Razítko a podpis:</b>
<b>Pohlaví:</b> MUŽ / ŽENA <b>Urgentnost:</b> .....	
<b>Kód pojišťovny:</b> ..... <b>Diagnóza:</b> .....	
<b>Umístění pacienta:</b>	<b>Datum a čas odběru :</b> (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 podstupuje pacient antikoagulační léčbu heparinem, zaškrtněte:  pacient je léčen

Poznámka:

1 z 1

F SOP 005-004