

Žádanka pro Hematologicko-transfuzní laboratoř HTO

**NEMOCNICE
PISEK**

Pro potřeby laboratoře

| | | | |
|---|------|--|--|
| Hematologicko-transfuzní oddělení Karla Čapka 589 397 01 Písek to-pisek@nemopisek.cz | | tel. 382 77 2423-6 www.nemopisek.cz | Datum a čas příjmu: |
| Příjmení a jméno: | | | Datum a čas odběru: |
| Identifikační číslo: | | | Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> jiné |
| Razítko a podpis žadatele/adresa pro zaslání výsledku: | IČP: | Pojišťovna: | Primární vzorek: <input type="checkbox"/> Krev <input type="checkbox"/> M.mok <input type="checkbox"/> Punktát <input type="checkbox"/> jiné |
| | Odb: | Diagnóza: | |
| Klinicky relevantní informace (např. antikoagulační terapie): | | | |

Prosíme na každý soubor vyšetření samostatnou žádanku.

| Vyšetření morfologie krve | Hemokoagulační vyšetření | Imunohematologie |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krevní obraz malý (HGB, HCT, RBC, PLT, WBC) <input type="checkbox"/> Krevní obraz velký (malý KO + 5 populační diff automat) <input type="checkbox"/> Diff mikroskopicky <input type="checkbox"/> Retikulocyty <input type="checkbox"/> jiné/jaké | <input type="checkbox"/> Krvácivost* <input type="checkbox"/> Quick <input type="checkbox"/> APTT <input type="checkbox"/> Trombinový čas <input type="checkbox"/> Fibrinogen <input type="checkbox"/> Antitrombin <input type="checkbox"/> D-Dimery <input type="checkbox"/> Faktor VIII** <input type="checkbox"/> Protein C** <input type="checkbox"/> Protein S** <input type="checkbox"/> APC rezistence** | <input type="checkbox"/> Krevní skupina+Rh(D) <input type="checkbox"/> Screening nepravidelných protilátek** <input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test <input type="checkbox"/> Chladové protilátky* * dle telefonické domluvy, nutná přítomnost pacienta **U gravidních uvádějte termín porodu (TP), zda byla provedena amniocentéza a podána Rh imunoprophylaxe. |
| Virolgie <input type="checkbox"/> HIV Ag – Ab* <input type="checkbox"/> Anti HCV* <input type="checkbox"/> HbsAg* <input type="checkbox"/> Syphilis* | * nutná přítomnost pacienta ** po telefonické domluvě, výsledek do 30 dnů | TP: AMC: Rh imunoprophylaxe: |
| * výsledek do 10 dnů | | |