

# ŽÁDANKA o hematologické vyšetření

Hematologické a transfúzní oddělení

Nemocniční 955, Vsetín 755 01, tel.: +420 571 818 605

<b>PACIENT:</b> (příjmení, jméno)				<b>ŽADATEL:</b> Razítko lékaře, telefon, IČP:																					
Číslo pojištěnce (rodné číslo):				Kód pojišťovny:		Kód Dg.:																			
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								<input type="checkbox"/> <b>STATIM</b>	
Datum a čas odběru:		Datum a čas příjmu:		Medikace: pacient užívá antikoagulační terapii:																					
				Poznámka:																					

## KOAGULAČNÍ PARAMETRY \*

- PT (tzv. „Quick“)
- APTT (aktivovaný parciální tromboplastinový test)
- D-Dimery
- Fibrinogen
- Anti Xa (monitorování nízkomolekulárního heparinu)
- AT III (Antitrombin)
- TT (trombinový čas)

F/09/ZD/19 V3

odběr do zkumavky s EDTA  
 odběr do zkumavky s citrátem  
 odběr do zkumavky s citrátem

## KREVNÍ OBRAZ \*

- KO
- KO + diff.
- KO + diff. vizuálně
- Retikulocyty

- Sedimentace FW \***