

ŽÁDANKA - Koagulační vyšetření

Hematologické a transfúzní oddělení

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

PACIENT (unifikovaný štítek):

ŽADATEL:

Jméno a příjmení:		Razítko lékaře, telefon, IČP:		
Rodné číslo (datum narození):				
		Kód pojišť.:	Kód Dg.:	Vedlejší Dg.:
Datum a čas odběru	<i>uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)</i>	Medikace: <input type="checkbox"/> pacient užívá antikoagulační terapii		Datum a čas příjmu:

KOAGULAČNÍ PARAMETRY

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PT (tzv. „Quick“) | <input type="checkbox"/> Fibrinogen | <input type="checkbox"/> AT (Antitrombin) |
| <input type="checkbox"/> APTT (aktivovaný parciální tromboplastinový test) | <input type="checkbox"/> D-Dimery | <input type="checkbox"/> Anti Xa (monitorování nízkomolekulárního heparinu) |
| | <input type="checkbox"/> TT | |

odběr do zkumavky s citrátem

F/10/ZD/19 V2