

**ŽÁDANKA NA HEMATOLOGICKÉ
VYŠETŘENÍ**
**Hematologická laboratoř, Centrum kardiovaskulární a transplantační
chirurgie Brno, Pekařská 53, 656 91, tel: + 420 543 182 532**

Pojišťovna	IČP žadatele	Odbornost	Datum odběru
Datum narození	Čas odběru	Odebral	
Jméno a příjmení	Základní diagnóza		
Číslo pojištěnce	Ostatní diagnózy		
Pohlaví	Žena	Muž	Poznámky – arteriální krev
			Zvláštní hygienický režim

Materiál:	Krev (K ₃ EDTA) červená zk.	Krev (citrát) zelená zkumavka	Krev (citrát) modrá zkumavka
Vyšetření: <input type="checkbox"/> „STATIM“ <input checked="" type="checkbox"/> vyznačte	KO / Krevní obraz	PT / Protrombinový test	PFA P2Y (Clopidogrel)
	KO + DIFF	APTT / Aktivovaný parciální tromboplastinový test	PFA Col /EPI PFA Col /ADP
	DIF mikroskopicky	FBG / Fibrinogen	
	Retikulocyty	AT / Antitrombin	
	vHB/ Volný hemoglobin	anti – Xa / LMW Heparin ***	
		FDP/ Fibrin-fibrinogen degrační produkty	
	Tělní tekutina	D-Di/ D-dimery	Krev (sérum) bílá zk.
	typ BF – zapsat do komentáře	TT / Trombinový test	HIT/screeningový test
		EF / Euglobulinová fibrinolýza	
		RK/ Retrakce koagula	
	CIRKA / Cirkulující antikoagulans		

Antitrombotická léčba	UFH	LMWH čas aplikace	WARF	ASA	NOAC
<input checked="" type="checkbox"/> vyznačte					

Komentář: