

ŽÁDANKA NA KOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ-KREV DO CITRÁTU



Uherskohradištská
nemocnice a.s.

Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradištská nemocnice a. s.

J. E. Purkyně 365

686 68 Uherské Hradiště

www.nemuh.cz, **572 529 111**, IČ 276 60 915

Telefon koagulační laboratoře: **572 529 805**

Laboratorní č.

STATIM



PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození:

Pohlaví: ☐ M ☐ Ž

Kód pojišťovny:

Dg.:

ŽADATEL

Razítko a podpis lékaře, identifikace
zdravotnického zařízení, oddělení,
IČP (IČZ), odbornost, kontaktní údaje.

Datum a čas odběru:

Odebral:

Datum a čas příjmu:

Klinicky relevantní informace:

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Protrombin. test | ☐ APTT | ☐ Fibrinogen |
| ☐ Trombinový test | ☐ D-dimery | ☐ Anti-Xa aktivita |
| ☐ Faktor VIII | ☐ ProC Global | ☐ Antitrombin |
| ☐ Apixaban (ELIQUIS) | ☐ Rivaroxaban (XARELTO) | |

Antikoagulační léčba

- ☐ kumariny
☐ heparin
☐ jiná.....