

Žádanka na laboratorní vyšetření										
Rodné číslo										
Příjmení, titul										
Jméno										
Datum										
Pohlaví	☐ Muž					☐ Žena				
Primární										
Krev	☐ Ano					☐ Ne				
Diagnóza										
Zdravotní poj.					☐ Rutina			☐ Statim		

Čas odběru		Podpis odebírajícího:
Datum odběru		

MORFOLOGIE	K ₃ EDTA
Krevní obraz (KO):	
Krevní obraz s 5-populačním diferencíálem (KOD):	
Mikroskopický diferenciál:	
Retikulocyty (součástí je KO):	

KOAGULACE				Citrát (9NC 3,2%)	
PT:		D - dimery:		Faktor VIII:	
Trombinový test:		Anti - Xa:		Protein S:	
APTT:		Rivaroxaban:		Protein C:	
Fibrinogen:		Apixaban		Krvácivost:*	
Antitrombin:		Dabigatran		Rumpel-Leede:*	
Antikoagulační léčba: ☐ Ano ☐ Ne					
Specifikace:					



Poskytovatel zdravotních služeb

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

HTO, Svitavská nemocnice

Kollárova 643/7, 568 25 Svitavy

IČ: 275 20 536, telefon: +420 461 569 111

Jméno a adresa lékaře:
razítko (vč. IČP) a podpis