

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		



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

IMUNOHEMATOLOGIE	K ₃ EDTA
Krevní skupina, Rh (D):	
Rh fenotyp, Kell systém	
Screening nepravidelných protilátek (NAT):	
Titř protilátek:	
PAT:	Chladové aglutininy:
Křížový pokus:	

INFEKČNÍ MARKERY	K ₃ EDTA
HbsAg:	
Anti - HCV:	
HIV Ab - Ag:	
Syphilis (specifické Ab):	
RPR (netreponemový test - nespecifické Ab):	

Výdej TP	ERD	Plazma
----------	-----	--------