

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



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

Čas odběru		Podpis odebírajícího:
Datum odběru		

Počet těhotenství:	
Týden těhotenství:	
Datum profylaktického podání anti-D:	
Transfúze (kdy, kolik):	
Nález antierytrocytárních protilátek v anamnéze:	

MORFOLOGIE	K ₃ EDTA	KOAGULACE	Citrát (9NC 3,2% 0,109M)
Krevní obraz (KO):		PT:	Faktor VIII:
Krevní obraz s 5-populačním diferencíálem		Trombinový test:	Protein S:
Mikroskopický diferenciál:		APTT:	Protein C:
Retikulocyty (součástí ie KO):		Fibrinogen:	Krvácivost:*
		Antitrombin:	Rumpel-Leede:*
		Antikoagulační léčba: ☐ Ano ☐ Ne	
		Specifikace:	

IMUNOHEMATOLOGIE	K ₃ EDTA	INFEKČNÍ MARKERY	K ₃ EDTA
Krevní skupina, Rh (D):		HbsAq:	
Screening nepravidelných protilátek:		Anti - HCV:	
PAT:		HIV Ab - Aq:	
Chladové aglutininy:		Syphilis (specifické Ab):	
Titř protilátek:		RPR (netreponemový test - nespecifické Ab):	
Rh fenotyp, Kell systém:			

IMUNOHEMATOLOGIE	K ₃ EDTA	Speciální vyšetření po zjištění positivity nepravidelných protilátek (dle potřeby doplní laboratoř)
Rh fenotyp, Kell systém:		
Identifikace protilátek:		

V PŘÍPADĚ POTŘEBY ZAJISTÍME KONFIRMAČNÍ VYŠETŘENÍ.