UHNZ-41-2012-1

ŽÁDANKA NA KOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ

Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradišťská nemocnice a. s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště
www.nemuh.cz, **572 529 111,** IČ 276 60 915
Telefon koagulační laboratoře: **572 529 803**

Laboratorní č.

STATIM ☐

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Kód pojišťovny: Dg.:

Datum a čas odběru:

Odebral:

ŽADATEL

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

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

☐ Protrombin. test	☐ APTT	☐ Fibrinogen
☐ Trombinový test	☐ D-dimery	☐ Anti-Xa aktivita
☐ Faktor VIII	☐ ProC Global	☐ Antitrombin

Antikoagulační léčba

☐ kumariny
☐ heparin
☐ jiná.....

UHNZ-41-2012-1

ŽÁDANKA NA KOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ

Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradišťská nemocnice a. s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště
www.nemuh.cz, **572 529 111,** IČ 276 60 915
Telefon koagulační laboratoře: **572 529 803**

Laboratorní č.

STATIM ☐

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Kód pojišťovny: Dg.:

Datum a čas odběru:

Odebral:

ŽADATEL

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

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

☐ Protrombin. test	☐ APTT	☐ Fibrinogen
☐ Trombinový test	☐ D-dimery	☐ Anti-Xa aktivita
☐ Faktor VIII	☐ ProC Global	☐ Antitrombin

Antikoagulační léčba

☐ kumariny
☐ heparin
☐ jiná.....

UHNZ-41-2012-1

ŽÁDANKA NA KOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ

Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradišťská nemocnice a. s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště
www.nemuh.cz, **572 529 111,** IČ 276 60 915
Telefon koagulační laboratoře: **572 529 803**

Laboratorní č.

STATIM ☐

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Kód pojišťovny: Dg.:

Datum a čas odběru:

Odebral:

ŽADATEL

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

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

☐ Protrombin. test	☐ APTT	☐ Fibrinogen
☐ Trombinový test	☐ D-dimery	☐ Anti-Xa aktivita
☐ Faktor VIII	☐ ProC Global	☐ Antitrombin

Antikoagulační léčba

☐ kumariny
☐ heparin
☐ jiná.....

UHNZ-41-2012-1

ŽÁDANKA NA KOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ

Hematologicko transfuzní oddělení
Uherskohradišťská nemocnice a. s.
J. E. Purkyně 365
686 68 Uherské Hradiště
www.nemuh.cz, **572 529 111,** IČ 276 60 915
Telefon koagulační laboratoře: **572 529 803**

Laboratorní č.

STATIM ☐

PACIENT

Číslo pojištěnce:

Příjmení, jméno, titul:

Kód pojišťovny: Dg.:

Datum a čas odběru:

Odebral:

ŽADATEL

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

POŽADOVANÁ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

☐ Protrombin. test	☐ APTT	☐ Fibrinogen
☐ Trombinový test	☐ D-dimery	☐ Anti-Xa aktivita
☐ Faktor VIII	☐ ProC Global	☐ Antitrombin

Antikoagulační léčba

☐ kumariny
☐ heparin
☐ jiná.....