



ŽÁDANKA NA HEMATOLOGICKÉ, IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ – HTO Nemocnice Jihlava

prim. MUDr. Miroslava Leinertová, Vrchlického 4630/59, 58833 Jihlava

informace: příjem materiálu - tel. 567 157 165, vyšetření - tel. 567 157 469

Vyplněním a podepsáním této žádanky souhlasíte s podmínkami, které jsou uvedeny v Laboratorní příručce HTO dostupné na www.nemji.cz

Číslo pojištění:

Příjmení:

Jméno, titul:

Zákl. dg: Ost. dg:

Pojišťovna: Pohlaví: M Ž

Kontakt na pacienta:

.....

Primární materiál: krev*1

razítko, adresa, tel., podpis: (vč. IČP)

čárový kód laboratoře: (vyplní HTO)

Datum a čas odběru:

Odebírající osoba:

Doplňující údaje:

léčiva (warfarin):

STATIM:

CHYBNĚ: **SPRÁVNĚ:**

Morfologické vyšetření (EDTA, 3ml)

| | | |
|---|-----|-----------------------|
| Krevní obraz | 525 | <input type="radio"/> |
| Krevní obraz s diferenciálem (6pop) *2 | 526 | <input type="radio"/> |
| Diferenciální rozpočet mikroskopicky *3 | 590 | <input type="radio"/> |
| Retikulocyty *3 | 580 | <input type="radio"/> |
| Trombocyty z TromboExactu *4 | 554 | <input type="radio"/> |
| Nezralé retik. trombocyty (IPF) *3 | 646 | <input type="radio"/> |
| Schistocyty | 551 | <input type="radio"/> |
| Mikroskopická morfologie erytrocytů | 656 | <input type="radio"/> |
| Mikroskopická morfologie trombocytů | 656 | <input type="radio"/> |

Jiné:

*LEGENDA: viz druhá strana této žádanky

Vyšetření hemostázy (Citrát sodný)

| | | |
|---------------------------------------|-----|-----------------------|
| Protrombinový test (PT INR, PT ratio) | 205 | <input type="radio"/> |
| aPTT (aPTT ratio) | 212 | <input type="radio"/> |
| Trombinový test (TT ratio) | 260 | <input type="radio"/> |
| Fibrinogen | 270 | <input type="radio"/> |
| D – dimery | 274 | <input type="radio"/> |
| Antitrombin | 280 | <input type="radio"/> |
| LMWH *5 | 285 | <input type="radio"/> |
| Doba krvácení (dle Dukeho) *6 | 290 | <input type="radio"/> |
| Protein S *7 | 315 | <input type="radio"/> |
| Protein C *7 | 320 | <input type="radio"/> |
| Faktor VIII *7 | 300 | <input type="radio"/> |
| APC rezistence *7 | 325 | <input type="radio"/> |

| | | |
|--------------------------|-----|-----------------------|
| Dabigatran *8 | 354 | <input type="radio"/> |
| Rivaroxaban *8 | 352 | <input type="radio"/> |
| Apixaban *8 | 350 | <input type="radio"/> |
| Lupus anticoagulans *7,8 | 225 | <input type="radio"/> |

Imunohematologické vyšetření (EDTA, 6ml)

| | | |
|----------------------------|-----|-----------------------|
| Krevní skupina | 841 | <input type="radio"/> |
| Opis krevní skupiny *9 | 846 | <input type="radio"/> |
| Screening protilátek *10 | 856 | <input type="radio"/> |
| Přímý antiglobulinový test | 863 | <input type="radio"/> |



ŽÁDANKA NA HEMATOLOGICKÉ, IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ – HTO Nemocnice Jihlava

prim. MUDr. Miroslava Leinertová, Vrchlického 4630/59, 58833 Jihlava

informace: příjem materiálu - tel. 567 157 165, vyšetření - tel. 567 157 469

Vyplněním a podepsáním této žádanky souhlasíte s podmínkami, které jsou uvedeny v Laboratorní příručce HTO dostupné na www.nemji.cz

Číslo pojištění:

Příjmení:

Jméno, titul:

Zákl. dg: Ost. dg:

Pojišťovna: Pohlaví: M Ž

Kontakt na pacienta:

.....

Primární materiál: krev*1

razítko, adresa, tel., podpis: (vč. IČP)

čárový kód laboratoře: (vyplní HTO)

Datum a čas odběru:

Odebírající osoba:

Doplňující údaje:

léčiva (warfarin):

STATIM:

CHYBNĚ: **SPRÁVNĚ:**

Morfologické vyšetření (EDTA, 3ml)

| | | |
|---|-----|-----------------------|
| Krevní obraz | 525 | <input type="radio"/> |
| Krevní obraz s diferenciálem (6pop) *2 | 526 | <input type="radio"/> |
| Diferenciální rozpočet mikroskopicky *3 | 590 | <input type="radio"/> |
| Retikulocyty *3 | 580 | <input type="radio"/> |
| Trombocyty z TromboExactu *4 | 554 | <input type="radio"/> |
| Nezralé retik. trombocyty (IPF) *3 | 646 | <input type="radio"/> |
| Schistocyty | 551 | <input type="radio"/> |
| Mikroskopická morfologie erytrocytů | 656 | <input type="radio"/> |
| Mikroskopická morfologie trombocytů | 656 | <input type="radio"/> |

Jiné:

*LEGENDA: viz druhá strana této žádanky

Vyšetření hemostázy (Citrát sodný)

| | | |
|---------------------------------------|-----|-----------------------|
| Protrombinový test (PT INR, PT ratio) | 205 | <input type="radio"/> |
| aPTT (aPTT ratio) | 212 | <input type="radio"/> |
| Trombinový test (TT ratio) | 260 | <input type="radio"/> |
| Fibrinogen | 270 | <input type="radio"/> |
| D – dimery | 274 | <input type="radio"/> |
| Antitrombin | 280 | <input type="radio"/> |
| LMWH *5 | 285 | <input type="radio"/> |
| Doba krvácení (dle Dukeho) *6 | 290 | <input type="radio"/> |
| Protein S *7 | 315 | <input type="radio"/> |
| Protein C *7 | 320 | <input type="radio"/> |
| Faktor VIII *7 | 300 | <input type="radio"/> |
| APC rezistence *7 | 325 | <input type="radio"/> |

| | | |
|--------------------------|-----|-----------------------|
| Dabigatran *8 | 354 | <input type="radio"/> |
| Rivaroxaban *8 | 352 | <input type="radio"/> |
| Apixaban *8 | 350 | <input type="radio"/> |
| Lupus anticoagulans *7,8 | 225 | <input type="radio"/> |

Imunohematologické vyšetření (EDTA, 6ml)

| | | |
|----------------------------|-----|-----------------------|
| Krevní skupina | 841 | <input type="radio"/> |
| Opis krevní skupiny *9 | 846 | <input type="radio"/> |
| Screening protilátek *10 | 856 | <input type="radio"/> |
| Přímý antiglobulinový test | 863 | <input type="radio"/> |

| |
|--|
| *1 v případě, že se jedná o jiný materiál, uveďte. |
| *2 jedná se o analyzátorový diferenciální rozpočet. |
| *3 pokud k tomuto vyšetření nebude požádáno o vyšetření krevního obrazu (resp. KOD), bude doobjednáno laboratoří. |
| *4 speciální zkumavka k vyzvednutí na HTO. Odebrat společně s krví do EDTA a požadavkem na KO. |
| *5 odběr nutno provést 3 až 5 hodin po aplikaci LMWH a ihned dopravit do laboratoře. |
| *6 pacient se musí dostavit v ordinačních hodinách do Hematologické ambulance Nemocnice Jihlava. |
| *7 vyšetření se provádí jednou za měsíc, pro informaci volejte laboratoř. |
| *8 uvést čas a koncentraci podávaného léčiva. |
| *9 opis bude vydán pouze v případě, že na naší laboratoři byla krevní skupina vyšetřena ze 2 nezávislých vzorků. |
| *10 pokud screening protilátek vyjde pozitivní, provedou se automaticky dle potřeby další vyšetření (typizace protilátek, přímý antiglobulinový test, titrace protilátky) |

| |
|--|
| *1 v případě, že se jedná o jiný materiál, uveďte. |
| *2 jedná se o analyzátorový 6 populační diferenciální rozpočet. |
| *3 pokud k tomuto vyšetření nebude požádáno o vyšetření krevního obrazu (resp. KOD), bude doobjednáno laboratoří. |
| *4 speciální zkumavka k vyzvednutí na HTO. Odebrat společně s krví do EDTA a požadavkem na KO. |
| *5 odběr nutno provést 3 až 5 hodin po aplikaci LMWH a ihned dopravit do laboratoře. |
| *6 pacient se musí dostavit v ordinačních hodinách do Hematologické ambulance Nemocnice Jihlava. |
| *7 vyšetření se provádí jednou za měsíc, pro informaci volejte laboratoř. |
| *8 uvést čas a koncentraci podávaného léčiva. |
| *9 opis bude vydán pouze v případě, že na naší laboratoři byla krevní skupina vyšetřena ze 2 nezávislých vzorků. |
| *10 pokud screening protilátek vyjde pozitivní, provedou se automaticky dle potřeby další vyšetření (typizace protilátek, přímý antiglobulinový test, titrace protilátky) |