



# ŽÁDANKA NA HEMATOLOGICKÉ, IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ – HTO Nemocnice Jihlava

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

informace: příjem materiálu - tel. 567 157 265, 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](http://www.nemji.cz)

Číslo pojištění:.....  
 Příjmení: .....  
 Jméno, titul: .....  
 Zákl. dg: ..... Ost. dg: .....  
 Pojišťovna: ..... Pohlaví:  M  Ž  
 Kontakt na pacienta: .....

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

Datum a čas odběru: .....

Odebírající osoba: .....

čárový kód laboratoře: (vyplní HTO)

identifikace laboranta: (vyplní HTO)

Primární materiál: krev\*1 .....

Doplňující údaje:

léčiva (warfarin): .....

STATIM:

CHYBNĚ:    SPRÁVNĚ:

| Morfologické vyšetření (EDTA, 3ml)   |     |                       |
|--------------------------------------|-----|-----------------------|
| Krevní obraz                         | 525 | <input type="radio"/> |
| Krevní obraz s diferenciálem *2      | 526 | <input type="radio"/> |
| Diferenciální rozpočet mikroskopicky | 590 | <input type="radio"/> |
| Retikulocyty *3                      | 580 | <input type="radio"/> |
| Pseudotrombocytopenie *4             | 554 | <input type="radio"/> |
| Nezralé 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"/> |
| Erytrocyty ve fázovém kontrastu *5   | 790 | <input type="radio"/> |
| Jiné:                                |     | <input type="radio"/> |

| 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                            | 275 | <input type="radio"/> |
| Antitrombin                           | 280 | <input type="radio"/> |
| anti Xa aktivita LMWH *6              | 285 | <input type="radio"/> |
| Doba krvácení (dle Dukeho) *7         | 290 | <input type="radio"/> |
| Protein S *8                          | 315 | <input type="radio"/> |
| Protein C *8                          | 320 | <input type="radio"/> |
| Faktor VIII *8                        | 300 | <input type="radio"/> |
| APC rezistence *8                     | 325 | <input type="radio"/> |

|                |     |                       |
|----------------|-----|-----------------------|
| Dabigatran *9  | 354 | <input type="radio"/> |
| Rivaroxaban *9 | 352 | <input type="radio"/> |
| Apixaban *9    | 350 | <input type="radio"/> |
| Jiné:          |     | <input type="radio"/> |

| Imunohematologické vyšetření (EDTA, 6ml) |     |                       |
|--|-----|-----------------------|
| Krevní skupina                           | 841 | <input type="radio"/> |
| Opis krevní skupiny *10                  | 846 | <input type="radio"/> |
| Podskupina u KS A *11                    | 850 | <input type="radio"/> |
| Screening protilátek *12                 | 856 | <input type="radio"/> |
| Přímý antiglobulinový test               | 863 | <input type="radio"/> |

\*LEGENDA: viz druhá strana této žádanky

# ŽÁDANKA NA HEMATOLOGICKÉ, IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ – HTO Nemocnice Jihlava

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

informace: příjem materiálu - tel. 567 157 265, 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](http://www.nemji.cz)

Číslo pojištění:.....  
 Příjmení: .....  
 Jméno, titul: .....  
 Zákl. dg: ..... Ost. dg: .....  
 Pojišťovna: ..... Pohlaví:  M  Ž  
 Kontakt na pacienta: .....

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

Datum a čas odběru: .....

Odebírající osoba: .....

čárový kód laboratoře: (vyplní HTO)

identifikace laboranta: (vyplní HTO)

Primární materiál: krev\*1 .....

Doplňující údaje:

léčiva (warfarin): .....

STATIM:

CHYBNĚ:    SPRÁVNĚ:

| Morfologické vyšetření (EDTA, 3ml)   |     |                       |
|--------------------------------------|-----|-----------------------|
| Krevní obraz                         | 525 | <input type="radio"/> |
| Krevní obraz s diferenciálem *2      | 526 | <input type="radio"/> |
| Diferenciální rozpočet mikroskopicky | 590 | <input type="radio"/> |
| Retikulocyty *3                      | 580 | <input type="radio"/> |
| Pseudotrombocytopenie *4             | 554 | <input type="radio"/> |
| Nezralé 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"/> |
| Erytrocyty ve fázovém kontrastu *5   | 790 | <input type="radio"/> |
| Jiné:                                |     | <input type="radio"/> |

| 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                            | 275 | <input type="radio"/> |
| Antitrombin                           | 280 | <input type="radio"/> |
| anti Xa aktivita LMWH *6              | 285 | <input type="radio"/> |
| Doba krvácení (dle Dukeho) *7         | 290 | <input type="radio"/> |
| Protein S *8                          | 315 | <input type="radio"/> |
| Protein C *8                          | 320 | <input type="radio"/> |
| Faktor VIII *8                        | 300 | <input type="radio"/> |
| APC rezistence *8                     | 325 | <input type="radio"/> |

|                |     |                       |
|----------------|-----|-----------------------|
| Dabigatran *9  | 354 | <input type="radio"/> |
| Rivaroxaban *9 | 352 | <input type="radio"/> |
| Apixaban *9    | 350 | <input type="radio"/> |
| Jiné:          |     | <input type="radio"/> |

| Imunohematologické vyšetření (EDTA, 6ml) |     |                       |
|--|-----|-----------------------|
| Krevní skupina                           | 841 | <input type="radio"/> |
| Opis krevní skupiny *10                  | 846 | <input type="radio"/> |
| Podskupina u KS A *11                    | 850 | <input type="radio"/> |
| Screening protilátek *12                 | 856 | <input type="radio"/> |
| Přímý antiglobulinový test               | 863 | <input type="radio"/> |

\*LEGENDA: viz druhá strana této žádanky

|  |
|--|
| <b>*1</b> v případě, že se jedná o jiný materiál, uveďte.  |
| <b>*2</b> jedná se o analyzátorový diferenciální rozpočet.   |
| <b>*3</b> pokud k tomuto vyšetření nebude zažádáno o vyšetření krevního obrazu (resp. KOD), bude doobjednáno laboratoří.   |
| <b>*4</b> speciální zkumavka k dostání na HTO. Odebrat společně s krví do EDTA a požadavkem na KO.   |
| <b>*5</b> vyšetření se provádí z druhé ranní moči. Okamžitě dopravit do laboratoře, vyšetření musí být provedeno do 1 hodiny od odběru.  |
| <b>*6</b> odběr nutno provést 3 až 5 hodiny po aplikaci LMWH a ihned dopravit do laboratoře.   |
| <b>*7</b> pacient se musí dostavit v ordinačních hodinách do Hematologické ambulance Nemocnice Jihlava.  |
| <b>*8</b> vyšetření se provádí jednou za měsíc, pro informaci volejte laboratoř.   |
| <b>*9</b> uvést čas a koncentraci podávaného léčiva.   |
| <b>*10</b> opis bude vydán pouze v případě, že na naší laboratoři byla krevní skupina vyšetřena ze 2 nezávislých vzorků.   |
| <b>*11</b> vyšetření bude provedeno společně s vyšetřením krevní skupiny a pouze v případě, že bude vyšetřen antigen A.  |
| <b>*12</b> pokud screening protilátek vyjde pozitivní, provedou se automaticky dle potřeby další vyšetření (typizace protilátek, přímý antiglobulinový test, titrace protilátky) |

|  |
|--|
| <b>*1</b> v případě, že se jedná o jiný materiál, uveďte.  |
| <b>*2</b> jedná se o analyzátorový diferenciální rozpočet.   |
| <b>*3</b> pokud k tomuto vyšetření nebude zažádáno o vyšetření krevního obrazu (resp. KOD), bude doobjednáno laboratoří.   |
| <b>*4</b> speciální zkumavka k dostání na HTO. Odebrat společně s krví do EDTA a požadavkem na KO.   |
| <b>*5</b> vyšetření se provádí z druhé ranní moči. Okamžitě dopravit do laboratoře, vyšetření musí být provedeno do 1 hodiny od odběru.  |
| <b>*6</b> odběr nutno provést 3 až 5 hodiny po aplikaci LMWH a ihned dopravit do laboratoře.   |
| <b>*7</b> pacient se musí dostavit v ordinačních hodinách do Hematologické ambulance Nemocnice Jihlava.  |
| <b>*8</b> vyšetření se provádí jednou za měsíc, pro informaci volejte laboratoř.   |
| <b>*9</b> uvést čas a koncentraci podávaného léčiva.   |
| <b>*10</b> opis bude vydán pouze v případě, že na naší laboratoři byla krevní skupina vyšetřena ze 2 nezávislých vzorků.   |
| <b>*11</b> vyšetření bude provedeno společně s vyšetřením krevní skupiny a pouze v případě, že bude vyšetřen antigen A.  |
| <b>*12</b> pokud screening protilátek vyjde pozitivní, provedou se automaticky dle potřeby další vyšetření (typizace protilátek, přímý antiglobulinový test, titrace protilátky) |