

# Žádanka pro Hematologicko-transfuzní laboratoř HTO

**NEMOCNICE  
PÍSEK**

Pro potřeby laboratoře

Hematologicko-transfuzní oddělení Karla Čapka 589 397 01 Písek tel. 382 77 2423-6 služba: <b>382 772 440</b> <a href="mailto:to-pisek@nemopisek.cz">to-pisek@nemopisek.cz</a> <a href="http://www.nemopisek.cz">www.nemopisek.cz</a>		Datum a čas příjmu:
		Datum a čas odběru:
Příjmení a jméno:		Odebral:
Identifikační číslo:		Datum narození:
		Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Jiné
Razítko a podpis žadatele/adresa pro zaslání výsledku:	IČP:	Pojišťovna:
	Odb:	Diagnóza:
Klinicky relevantní informace (např. antikoagulační terapie s časem podání léku):		<b>Primární vzorek:</b> <input type="checkbox"/> Krev <input type="checkbox"/> M. mok <input type="checkbox"/> Punktát <input type="checkbox"/> Jiné

Prosíme na každý soubor vyšetření samostatnou žádanku.

Vyšetření morfologie krve	Hemokoagulační vyšetření	Imunohematologie
<input type="checkbox"/> <b>Krevní obraz malý ***</b> (HGB, HCT, RBC, PLT, WBC) <input type="checkbox"/> <b>Krevní obraz velký ***</b> (malý KO + 5 populační diff automat) <input type="checkbox"/> <b>Diff mikroskopicky</b> <input type="checkbox"/> <b>IPF (Nezralá frakce PLT-</b> , při počtu PLT <100*10 <sup>9</sup> /L) <input type="checkbox"/> <b>Retikulocyty</b> <input type="checkbox"/> <b>ICIS skóre</b> <input type="checkbox"/> <b>FW (Sedimentace)</b> <input type="checkbox"/> Jiné/jaké	<input type="checkbox"/> Krvácivost* <input type="checkbox"/> <b>Protrombinový test</b> <b>PT</b> <input type="checkbox"/> <b>APTT</b> <input type="checkbox"/> Trombinový čas <input type="checkbox"/> Fibrinogen <input type="checkbox"/> Antitrombin <input type="checkbox"/> <b>D-Dimery</b> <input type="checkbox"/> <b>LMWH (Anti-Xa)</b> <input type="checkbox"/> <b>Apixaban</b> <input type="checkbox"/> <b>Rivaroxaban</b> <input type="checkbox"/> Faktor VIII** <input type="checkbox"/> Protein C** <input type="checkbox"/> Protein S** <input type="checkbox"/> APC rezistence** * nutná přítomnost pacienta ** potřeba 4x 2-4ml Na-citrát. (koagul.) zkumavka, výsledek do 30 dnů	<input type="checkbox"/> <b>Krevní skupina +Rh(D)</b> <input type="checkbox"/> Screening nepravidelných protilátek* <input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test <input type="checkbox"/> Chladové protilátky** * u gravidních uvádějte termín <b>porodu:</b>
<b>Virologie</b> <input type="checkbox"/> <b>HIV Ag – Ab*</b> <input type="checkbox"/> <b>Anti HCV*</b> <input type="checkbox"/> <b>HbsAg*</b> <input type="checkbox"/> <b>Syphilis*</b> * výsledek do 10 dnů		<b>amniocentézy:</b>  <b>Rh imunoprolaxe:</b>  ** dle telefonické domluvy, nutná přítomnost pacienta

\*\*\*Při patologických hodnotách KO je indikováno vyšetření v plném rozsahu (Diff mikroskopicky)

Platnost od 22. 6. 2026 verze 08