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: 382 772 440
to-pisek@nemopisek.cz www.nemopisek.cz

Datum a čas příjmu:

Datum a čas odběru:

Odebral:

Příjmení a jméno:

Datum narození:

Identifikační číslo:

Pohlaví:
☐ Muž ☐ Žena ☐ Jiné

Razítko a podpis žadatele/adresa pro zaslání výsledku:

IČP:

Pojišťovna:

Odb:

Diagnóza:

Primární vzorek:
☐ Krev
☐ M. mok
☐ Punktát
☐ Jiné

Klinicky relevantní informace (např. antikoagulační terapie s časem podání léku):

Prosíme na každý soubor vyšetření samostatnou žádanku.

Vyšetření morfologie krve

☐ **Krevní obraz malý**
(HGB, HCT, RBC, PLT, WBC)
☐ **Krevní obraz velký**
(malý KO + 5 populační diff automat)
☐ **Diff mikroskopicky**
☐ **IPF (Nezralá frakce PLT-,** při počtu PLT <100*10^9/L)
☐ **Retikulocyty**
☐ **ICIS skóre**
☐ **FW (Sedimentace)**
☐ Jiné/jaké

Virologie

☐ **HIV** Ag – Ab*
☐ Anti **HCV***
☐ **HbsAg***
☐ **Syphilis***

* výsledek do 10 dnů

Hemokoagulační vyšetření

☐ Krvácivost*
☐ **Protrombinový test PT**
☐ **APTT**
☐ Trombinový čas
☐ Fibrinogen
☐ Antitrombin
☐ **D-Dimery**
☐ **LMWH (Anti-Xa)**
☐ **Apixaban**
☐ **Rivaroxaban**
☐ Faktor VIII**
☐ Protein C**
☐ Protein S**
☐ APC rezistence**

* nutná přítomnost pacienta
** potřeba 4x 2-4ml Na-citrát. (koagul.) zkumavka, výsledek do 30 dnů

Imunohematologie

☐ **Krevní skupina +Rh(D)**
☐ Screening nepravidelných protilátek*
☐ Přímý antiglobulinový test
☐ Chladové protilátky**

* u gravidních uvádějte termín **porodu:**

amniocentézy:

Rh imunoprofylaxe:

** dle telefonické domluvy, nutná přítomnost pacienta

Platnost od 1. 4. 2026 verze 07