

ŽÁDANKY PRO VYŠETŘENÍ NA HTO

1) Vzor žádanky na imunohematologické vyšetření pouze pro externí žadatele

<input type="checkbox"/>	Rutina	<input type="checkbox"/>	ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ	HTO Krajská nemocnice T.Bati, a.s. Havlíčkovovo nábřeží 600, 762 75 Zlín tel.: 577 552 334 Podrobné informace naleznete v HTO Laboratorní příručce na www.kutb.cz	
<input type="checkbox"/>	Statim	<input type="checkbox"/>	IMUNOHEMATOLOGIE		
Kód pojišťovny					
Datum a čas odběru vzorku		Odběr provedl		Čárový kód	
Pacient		Diagnóza			
Číslo pojištěnce		Datum narození			
Klinická otázka:					
Imunohematologická anamnéza:		Předchozí transfuze: ANO <input type="checkbox"/> (kdy):		Gravidita (týden):	
Krevní skupina pacienta: (uveďte, je-li známa)		Reakce po transfuzi: ANO <input type="checkbox"/> (kdy):		Anti-D-profylaxe (datum podání):	
		Zjištěné protilátky (jaké, kdy):		Jiné nálezy (KS matky novorozence apod.)	
<input type="checkbox"/> Předtransfuzní vyšetření		<input type="checkbox"/> Screening nepravidelných protilátek		Jiné vyšetření (uveďte):	
<input type="checkbox"/> Vyšetření krevní skupiny		<input type="checkbox"/> Identifikace protilátky			
<input type="checkbox"/> Opis krevní skupiny		<input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test (PAT)			
<input type="checkbox"/> Vyšetření antigenů Rh a Kell		<input type="checkbox"/>			
Požadavky na erytrocytové transfuzní přípravky (uveďte):					
Počet TU	Deleukotizace	Ozáření	Datum a čas požadovaného výdeje:		
	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ANO			
17.04.2020					

2) Vzor žádanky na hematologické vyšetření pouze pro externí žadatele

<input type="checkbox"/>	Rutina	<input type="checkbox"/>	ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ	HTO Krajská nemocnice T.Bati, a.s. Havlíčkovovo nábřeží 600, 762 75 Zlín tel.: 577 552 303 Podrobné informace naleznete v HTO Laboratorní příručce na www.kutb.cz	
<input type="checkbox"/>	Statim	<input type="checkbox"/>	HEMATOLOGIE		
Kód pojišťovny					
Datum a čas odběru vzorku		Odběr provedl		Čárový kód	
Pacient		Diagnóza			
Číslo pojištěnce		Datum narození			
Antikoagulační léčba:		Výsledek volat			
Hematologie (krev do EDTA)					
<input type="checkbox"/> Krevní obraz + NRBC		<input type="checkbox"/> Krevní obraz a IPF (nezralá frakce PLT)		<input type="checkbox"/> Diferenciál mikroskopicky	
<input type="checkbox"/> Krevní obraz s diferenciálem+NRBC		<input type="checkbox"/> Krevní obraz a Retikulocyty (včetně Ret-He)		<input type="checkbox"/> Schistocyty	
Koagulace (krev do citrátu) "prosím uvádějte druh antikoagulační léčby"					
<input type="checkbox"/> Protrombinový test INR/R		<input type="checkbox"/> Trombinový test / R		<input type="checkbox"/> Etanolový gelifikační test	
<input type="checkbox"/> aPTT/R		<input type="checkbox"/> Antitrombin		<input type="checkbox"/> Euglobulinová lýza	
<input type="checkbox"/> Fibrinogen		<input type="checkbox"/> D-Dimery		<input type="checkbox"/> Anti Xa aktivita LMWH *	
<input type="checkbox"/> Anti Xa aktivita UFH		<input type="checkbox"/> Korekční test PT		<input type="checkbox"/> Korekční test aPTT	
Koagulace speciál "prosím uvádějte druh antikoagulační léčby"					
<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> VIII	<input type="checkbox"/> XI	<input type="checkbox"/> Lupus antikoagulants	<input type="checkbox"/> vWF aktivita	
<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> IX	<input type="checkbox"/> XII	<input type="checkbox"/> Protein C	<input type="checkbox"/> Agregace PLT **	
<input type="checkbox"/> VII	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Protein S aktivita	<input type="checkbox"/> PFA **	
* U anti Xa uvádějte léčbu (druh LMWH, sílu a čas posledního podání)					
Stabilita odebraného vzorku je 1 hod!					
** Na odběry PFA a Agregace PLT je nutné pacienta objednat v hematol. ambulanci tel: 577 552 454					
Razítko a podpis lékaře, IČP, odbornost, adresa, telefon					
18.09.2023					