Žádanka k odbornému vyšetření

Číslo pojištěnce (ID):
(datum narození)

Pohlaví:

Příjmení:

Jméno,titul:

Diagnózy:

Pojišťovna: **Odb.:**

Klinika/Tel:

Léčba: ☐ **železo** ☐ **transfúze**

Materiál, antikoagulant: **Nesrážlivá krev**
(zaškrtněte) **Citrát** ☐ **EDTA** ☐ **Heparin** ☐

Datum
a čas odběru: . :

POVINNĚ VYPLNIT !
(vzorek musí být zpracován do 6 hodin od odběru!)
Vzorky jsou přijímány od 8.00 do 15.00
Odběr primárního vzorku byl proveden podle pokynů laboratorní příručky. www.uhkt.cz

Jednoznačná identifikace lékaře (razítko):

Ústav hematologie a krevní transfúze
Oddělení biochemie

Ing. Jiří Suttnar, CSc.
vedoucí laboratoře

Adresa: U Nemocnice 1,128 20 Praha 2

Tel: 221 977 250

e-mail: jiri.suttnar@uhkt.cz

Datum a čas dodání do laboratoře:

Pořadové číslo dne:

Materiál převzal a přezkoumal dle Příručky odběru primárních vzorků:

Poznámka

Stanovení volného hemoglobinu ☐

Stanovení volného bilirubinu ☐