

Nemocnica s poliklinikou n.o. Kráľovský Chlmec  
Nemocničná 18  
077 01 Kráľovský Chlmec



### Žiadanka na hematologické vyšetrenie

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Dátum narodenia:

Diagnózy :

Poistovňa :

Dátum odberu :

Pohlavie: žena

Čas odberu:

muž

Súhlasim s výdajom výsledku do rúk pacienta

Pečiatka a podpis lekára :

STATIM

Krvný obraz	Hemokoagulácia	Imunohematológia
<input type="checkbox"/> B - Krvný obraz	<input type="checkbox"/> P - PT - INR	<input type="checkbox"/> B - Krvná skupina
<input type="checkbox"/> B - Krvný obraz s diferenciálom	<input type="checkbox"/> P - APTT - ratio	<input type="checkbox"/> B - Priamy antiglobulínový test ( PAT )
<input type="checkbox"/> B - Retikulocyty	<input type="checkbox"/> P - Fibrinogén	<input type="checkbox"/> B - Nepriamy antiglobulínový test ( NAT )
	<input type="checkbox"/> P - Antitrombín III	<input type="checkbox"/> B - Skrining anti-Ery protilátok
	<input type="checkbox"/> P - D - dimér	

**Vysvetlivky :** B - nezrážavá krv ( skúmavka s EDTA ) , P - plazma ( skúmavka s citrátom sodným )

**POZNÁMKA:** Dátum a čas prevzatia:

Podpis: