

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ ZÁKLADNÍCH KOAGULACÍ

Osobní data pacienta

Jméno:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Diagnóza:

Žadatel/oddělení (IČZ,
odbornost, razítko s adresou, telefon,
podpis)

Datum a čas odběru:

Odebírající osoba:

Požadované vyšetření	
1	INR
2	aPTT
3	Fibrinogen
4	Trombinový čas
5	Antitrombin
6	D-dimery
7	Euglobulinová fibrinolýza
8	aXa

Soubor metod
č. 1,2,3,4,5,6

Antikoagulační léčba:

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ ZÁKLADNÍCH KOAGULACÍ

Osobní data pacienta

Jméno:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Diagnóza:

Žadatel/oddělení (IČZ,
odbornost, razítko s adresou, telefon,
podpis)

Datum a čas odběru:

Odebírající osoba:

Požadované vyšetření

1	INR
2	aPTT
3	Fibrinogen
4	Trombinový čas
5	Antitrombin
6	D-dimery
7	Euglobulinová fibrinolýza
8	aXa

Soubor metod
č. 1,2,3,4,5,6

Antikoagulační léčba:

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ ZÁKLADNÍCH KOAGULACÍ

Osobní data pacienta

Jméno:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Diagnóza:

Žadatel/oddělení (IČZ,
odbornost, razítko s adresou, telefon,
podpis)

Datum a čas odběru:

Odebírající osoba:

Požadované vyšetření

1	INR
2	aPTT
3	Fibrinogen
4	Trombinový čas
5	Antitrombin
6	D-dimery
7	Euglobulinová fibrinolýza
8	aXa

Soubor metod
č. 1,2,3,4,5,6

Antikoagulační léčba:

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ ZÁKLADNÍCH KOAGULACÍ

Osobní data pacienta

Jméno:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Diagnóza:

Žadatel/oddělení (IČZ,

odbornost, razítko s adresou, telefon,
podpis)

Datum a čas odběru:

Odebírající osoba:

Požadované vyšetření

1	INR
2	aPTT
3	Fibrinogen
4	Trombinový čas
5	Antitrombin
6	D-dimery
7	Euglobulinová fibrinolýza
8	aXa

Soubor metod

č. 1,2,3,4,5,6

Antikoagulační léčba: