

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ PRIMÁRNÍ HEMOSTÁZY

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

PFA

COL/EPI

COL/ADP

P2Y

Agregační vyšetření

AA - Agregace destiček kyselinou arachidonovou

SPS - Syndrom lepivých destiček

Trombocytopenie

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ PRIMÁRNÍ HEMOSTÁZY

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

PFA

COL/EPI
P2Y

COL/ADP

Agregační vyšetření

AA - Agregace destiček kyselinou arachidonovou

SPS - Syndrom lepivých destiček

Trombocytopenie