

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ SPECIÁLNÍCH 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

Základní

F VIII

Protein S

Protein C

LA

APC-R

DTI
API

RIV

Ostatní

FII

FV

FVII

FIX

FX

FXI

FXII

vWf

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ SPECIÁLNÍCH 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

Základní

F VIII

Protein S

Protein C

LA

APC-R

DTI

RIV

API

Ostatní

FII

FV

FVII

FIX

FX

FXI

FXII

vWf