ÚHKT 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 14.00
Odběr primárního vzorku byl proveden podle pokynů laboratorní příručky. www.uhkt.cz

Jednoznačná identifikace lékaře (razítko):

Ústav hematologie a krevní transfúze
Oddělení biochemie

Prof. Ing. Jan E. Dyr, DrSc.
vedoucí laboratoře

Adresa: U Nemocnice 1,128 20 Praha 2

Tel: 221 977 207

e-mail: jan.dyr@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 ☐