



IV. interní hematologická klinika - laboratoř  
Fakultní nemocnice, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové  
Laboratorní příručka: <http://www.fnhk.cz/int-2h/lab>  
tel. č.: 495833851, -3145, -3990



## Žádanka na morfologická a jiná vyšetření

<b>Rodné číslo pacienta:</b>	<b>Pohlaví:</b> Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>
<b>Jméno, příjmení a adresa pacienta:</b>	
<b>Diagnóza:</b>	<b>Pojišťovna:</b>
<b>Druh primárního vzorku:</b> <input type="checkbox"/> žilní krev <input type="checkbox"/> jiné, uveďte:	
<b>Statim:</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	

<input type="checkbox"/> KO
<input type="checkbox"/> KO + DIFA
<input type="checkbox"/> KO + DIFM
<input type="checkbox"/> Retikulocyty
<input type="checkbox"/> Trombocyty opticky
<input type="checkbox"/> Schistocyty
<input type="checkbox"/> Sedimentace
<input type="checkbox"/> Viskozita: <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> plazma <input type="checkbox"/> sérum
<input type="checkbox"/> Alkalická fosfatáza v leukocytech
<input type="checkbox"/> ELFO hemoglobinu
<input type="checkbox"/> Osmotická rezistence erytrocytů
<input type="checkbox"/> Autohemolýza
<input type="checkbox"/> Test na Heinzova tělíčka
<input type="checkbox"/> Solubilní transferinový receptor (sTfR)
<input type="checkbox"/> Jiné (uveďte)

<b>IČZ:</b>	<b>Razítko a podpis lékaře:</b>
<b>Telefon:</b>	
<b>Odbornost:</b>	
<b>Datum a čas odběru:</b>	