



IV. interní hematologická klinika - laboratoř
Fakultní nemocnice, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
Laboratorní příručka: <http://www.fnhk.cz/int-4h/lab>
tel. č.: 49583851, -3618, -3632, -3263



Žádanka na vyšetření koagulace a primární hemostázy

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

<input type="checkbox"/> APTT*	<input type="checkbox"/> Faktory: <input type="checkbox"/> FII <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> FVII <input type="checkbox"/> FX
<input type="checkbox"/> PT*	<input type="checkbox"/> FVIII <input type="checkbox"/> FIX <input type="checkbox"/> FXI <input type="checkbox"/> FXII
<input type="checkbox"/> Fibrinogen	<input type="checkbox"/> Inhibitory: <input type="checkbox"/> FVIII <input type="checkbox"/> FIX
<input type="checkbox"/> Trombinový test*	<input type="checkbox"/> ADAMTS13
<input type="checkbox"/> Reptilázový test	
<input type="checkbox"/> Antitrombin	<input type="checkbox"/> PC: <input type="checkbox"/> funkce <input type="checkbox"/> antigen
<input type="checkbox"/> D-dimery	<input type="checkbox"/> PS: <input type="checkbox"/> funkce <input type="checkbox"/> antigen
<input type="checkbox"/> LMWH*	<input type="checkbox"/> APC - rezistence
<input type="checkbox"/> Přímé inhibitory koagulace DOACs (gatrany, xabany)*	<input type="checkbox"/> PFA100
	<input type="checkbox"/> Agregace trombocytů
<input type="checkbox"/> APTT - LA	<input type="checkbox"/> Monitoring antiagregační léčby*
<input type="checkbox"/> RVVT	<input type="checkbox"/> ADP <input type="checkbox"/> Multiplate <input type="checkbox"/> ASPI
<input type="checkbox"/> Komplexní diagnostika LA	<input type="checkbox"/> Samovolná agregace
<input type="checkbox"/> HIT	<input type="checkbox"/> Syndrom lepivých destiček
<input type="checkbox"/> Krvácivost	<input type="checkbox"/> vWF - Ag
<input type="checkbox"/> FDP	<input type="checkbox"/> RiCo <input type="checkbox"/> Aktivita vWF
<input type="checkbox"/> Etanolgelifikační test	<input type="checkbox"/> Jiné (uveďte)
<input type="checkbox"/> Euglobulinová lýza	
<input type="checkbox"/> Retrakce plazmatického koagula	

* Uveďte antikoagulační nebo antiagregační léčbu:

IČZ:

Razítko a podpis lékaře:

Telefon:

Odbornost:

Datum a čas odběru: