



IV. interní hematologická klinika - laboratoř  
Fakultní nemocnice, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové  
Laboratorní příručka: <http://www.fnhk.cz/int-4h/lab>  
tel. č.: 495833851, -3145



## 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"/> ICIS skóre
<input type="checkbox"/> KO + DIFA	<input type="checkbox"/> Covid skóre
<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"/> ELFO hemoglobinu	
<input type="checkbox"/> Osmotická rezistence erytrocytů	
<input type="checkbox"/> Autohemolýza	
<input type="checkbox"/> Test na Heinzova tělíška	
<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>	