

Jméno a příjmení pacienta:	Odesílatel: (razítko, IČZ, jméno a podpis lékaře)
Rodné číslo: Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	
Datum narození (u cizinců):	
Zdravotní pojišťovna:	Datum a čas odběru:
Diagnóza:	Odebírající osoba:
Druh primárního materiálu: <input type="checkbox"/> žilní krev v EDTA <input type="checkbox"/> žilní krev v citrátu <input type="checkbox"/> srážlivá žilní krev <input type="checkbox"/> jiný materiál	

Morfologická vyšetření	Koagulační vyšetření	Imuno hematologické vyšetření
<input type="checkbox"/> Krevní obraz	<input type="checkbox"/> Protrombinový test *	<input type="checkbox"/> Krevní skupina
<input type="checkbox"/> Krevní obraz s diferencíálem	<input type="checkbox"/> APTT *	<input type="checkbox"/> Screening protilátek imunoglobulin anti-D <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Diferenciál mikroskopicky	<input type="checkbox"/> Fibrinogen *	<input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test
<input type="checkbox"/> Retikulocyty	<input type="checkbox"/> Trombinový test *	<input type="checkbox"/> Nepřímý antiglobulinový test
Jiná vyšetření	<input type="checkbox"/> Antitrombin	Virologická vyšetření - pouze pro gyn. amb.
<input type="checkbox"/> Punktát tělních tekutin	<input type="checkbox"/> D-Dimery	<input type="checkbox"/> HBsAg
<input type="checkbox"/> Sedimentace erytrocytů	<input type="checkbox"/> anti-Xa aktivita LMWH *	<input type="checkbox"/> anti-HIV 1,2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dabigatran (Pradaxa) *	<input type="checkbox"/> TP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Xarelto) *	<input type="checkbox"/> RRR (VDRL)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Apixaban (Eliquis) *	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Faktor VIII*	<input type="checkbox"/>

Komentář žadatele:

*Uvedte typ antikoagulační léčby

Veškeré další údaje jsou uvedeny v Laboratorní příručce na www.onhb.cz