

Přijato:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. – CENTRÁLNÍ LABORATOŘE<br>LKCHI – PRACOVIŠTĚ HEMATOLOGIE<br>B. Němcové 54, 370 01 České Budějovice<br>Tel.: 38 787 3561<br>www.nemcb.cz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |
| KOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |
| Číslo pojištěnce:<br>Datum narození:<br>Příjmení, jméno:<br>Oddělení/kontakt:<br>Dg:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ZP:<br>Pohlaví:<br>Tel:<br>Odebral/a:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> STATIM<br>(zaškrtněte) |
| BIOLOGICKÝ MATERIÁL: krev Odběrová zkumavka: (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |
| Datum a čas odběru:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |
| <b>Antikoagulační léčba</b><br><input type="checkbox"/> NE<br><input type="checkbox"/> ANO, pokud je zaškrtnuto, doplňte<br><br>název léku .....<br><br><b>Základní koagulace</b><br><input type="checkbox"/> Protrombinový test (dle Quicka)<br><input type="checkbox"/> aPTT<br><input type="checkbox"/> Trombinový test<br><input type="checkbox"/> Fibrinogen<br><input type="checkbox"/> Antitrombin<br><br><input type="checkbox"/> D – dimery<br><br><b>Antikoagulační léčba – spec.vyšetření</b><br><input type="checkbox"/> anti Xa<br><input type="checkbox"/> Dabigatran ***<br><input type="checkbox"/> Rivaroxaban ***<br><input type="checkbox"/> Apixaban ***<br><br><b>Vyš.hyperkoagulačních stavů-2 zkumavky</b><br><input type="checkbox"/> Antitrombin<br><input type="checkbox"/> Protein C Δ<br><input type="checkbox"/> Protein S - volný Δ<br><input type="checkbox"/> APC rezistence Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor VIII Δ<br><input type="checkbox"/> Lupus antikoagulans Δ<br><input type="checkbox"/> D – dimery | <b>Vyš. při prodlouženém Quick</b><br><input type="checkbox"/> Faktor II Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor V Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor VII Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor IX Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor X Δ<br><input type="checkbox"/> Korekce protrombinového testu***<br><br><b>Vyš. při prodlouženém aPTT</b><br><input type="checkbox"/> Faktor VIII Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor IX Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor X Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor XII Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor von Willebrand Δ<br><input type="checkbox"/> Korekce aPTT***<br><br><b>Speciální koagulační vyšetření</b><br><input type="checkbox"/> Faktor XIII Δ<br><input type="checkbox"/> Inhibitor směsný test- kvantitativně ***<br><input type="checkbox"/> Fibrin monomery ***<br><br><b>Vyš.trombocytárních funkcí</b><br><input type="checkbox"/> Krvácivost dle Duke**<br><input type="checkbox"/> Faktor von Willebrand Δ<br><input type="checkbox"/> Retrakce koagula ***<br><input type="checkbox"/> Agregace trombocytů **/**<br><br><b>Další vyšetření</b><br><input type="checkbox"/> Fragilita kapilár ***<br><input type="checkbox"/> Euglobulinová fibrinolýza *** |                                                 |
| PODMÍNKY ODBĚRU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | RAŽÍTKO A PODPIS LÉKAŘE                         |
| (3) modrá BD vakueta – nesrážlivá krev (CITRÁT)<br>** odběr pouze v ambulanci Klinické hematologie<br>*** pouze po domluvě<br>Δ bez telefonické domluvy výsledek do 14 dnů                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |

NCB\_PHEM\_F\_003\_E

1/1

kód pro objednávku NCB: F0244

Přijato:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. – CENTRÁLNÍ LABORATOŘE<br>LKCHI – PRACOVIŠTĚ HEMATOLOGIE<br>B. Němcové 54, 370 01 České Budějovice<br>Tel.: 38 787 3561<br>www.nemcb.cz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |
| KOAGULAČNÍ VYŠETŘENÍ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |
| Číslo pojištěnce:<br>Datum narození:<br>Příjmení, jméno:<br>Oddělení/kontakt:<br>Dg:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ZP:<br>Pohlaví:<br>Tel:<br>Odebral/a:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> STATIM<br>(zaškrtněte) |
| BIOLOGICKÝ MATERIÁL: krev Odběrová zkumavka: (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |
| Datum a čas odběru:.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |
| <b>Antikoagulační léčba</b><br><input type="checkbox"/> NE<br><input type="checkbox"/> ANO, pokud je zaškrtnuto, doplňte<br><br>název léku .....<br><br><b>Základní koagulace</b><br><input type="checkbox"/> Protrombinový test (dle Quicka)<br><input type="checkbox"/> aPTT<br><input type="checkbox"/> Trombinový test<br><input type="checkbox"/> Fibrinogen<br><input type="checkbox"/> Antitrombin<br><br><input type="checkbox"/> D – dimery<br><br><b>Antikoagulační léčba – spec.vyšetření</b><br><input type="checkbox"/> anti Xa<br><input type="checkbox"/> Dabigatran ***<br><input type="checkbox"/> Rivaroxaban ***<br><input type="checkbox"/> Apixaban ***<br><br><b>Vyš.hyperkoagulačních stavů-2 zkumavky</b><br><input type="checkbox"/> Antitrombin<br><input type="checkbox"/> Protein C Δ<br><input type="checkbox"/> Protein S - volný Δ<br><input type="checkbox"/> APC rezistence Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor VIII Δ<br><input type="checkbox"/> Lupus antikoagulans Δ<br><input type="checkbox"/> D – dimery | <b>Vyš. při prodlouženém Quick</b><br><input type="checkbox"/> Faktor II Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor V Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor VII Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor IX Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor X Δ<br><input type="checkbox"/> Korekce protrombinového testu***<br><br><b>Vyš. při prodlouženém aPTT</b><br><input type="checkbox"/> Faktor VIII Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor IX Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor X Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor XII Δ<br><input type="checkbox"/> Faktor von Willebrand Δ<br><input type="checkbox"/> Korekce aPTT***<br><br><b>Speciální koagulační vyšetření</b><br><input type="checkbox"/> Faktor XIII Δ<br><input type="checkbox"/> Inhibitor směsný test- kvantitativně ***<br><input type="checkbox"/> Fibrin monomery ***<br><br><b>Vyš.trombocytárních funkcí</b><br><input type="checkbox"/> Krvácivost dle Duke**<br><input type="checkbox"/> Faktor von Willebrand Δ<br><input type="checkbox"/> Retrakce koagula ***<br><input type="checkbox"/> Agregace trombocytů **/**<br><br><b>Další vyšetření</b><br><input type="checkbox"/> Fragilita kapilár ***<br><input type="checkbox"/> Euglobulinová fibrinolýza *** |                                                 |
| PODMÍNKY ODBĚRU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | RAŽÍTKO A PODPIS LÉKAŘE                         |
| (3) modrá BD vakueta – nesrážlivá krev (CITRÁT)<br>** odběr pouze v ambulanci Klinické hematologie<br>*** pouze po domluvě<br>Δ bez telefonické domluvy výsledek do 14 dnů                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                 |

NCB\_PHEM\_F\_003\_E

1/1

kód pro objednávku NCB: F0244