

ŽÁDANKA NA KREVŇÍ OBRAZ

Hemato-onkologická klinika
hematologie@fnol.cz
 příjem materiálu tel.: 588 443 288

Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
 Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
 IČ: 00098892

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID - číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	
Jméno a příjmení:	
Adresa:	
☐ M ☐ Ž	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):

* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

STATIM *	
VITÁLNÍ INDIKACE *	
☐	☐
Diagnóza II.	Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)

Razítko, IČL a podpis lékaře:	
Telefon žadatele:	Oddělení:

** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)

Datum a čas odběru **	Datum a čas příjmu

SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ – označte ☑

- ☐ po operaci ☐ EM ☐ Tr ☐ MP
☐ separace ☐ cytostatika ☐ infuze ☐ RF
☐ odběr do vody 37°C ☐ odběr do ThromboExact

POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ – označte ☑

- ☐ **krevní obraz** (Le, Ery, Hb, Hct, MCV, MCH, MCHC, Tr) ☐ jiné (vypíšte):
☐ **krevní obraz** + 5-ti populační **diferenciál** analyzátorový
☐ **krevní obraz** + **retikulocyty**
☐ **krevní obraz** + 5-ti populační **diferenciál** analyzátorový + **retikulocyty**

VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ

Hemoglobin _____ g/l	Erytrocyty _____ 10 ¹² /l	Hematokrit _____ ratio
MCV _____ fl	Leukocyty _____ 10 ⁹ /l	Trombocyty _____ 10 ⁹ /l
Hlášeno v _____ hod., komu: _____ hlásil: _____		

Spektrum prováděných vyšetření a pokyny k odběru biologického materiálu jsou uvedeny na adrese www.fnol.cz, sekce „Pro odborníky“ menu: **Laboratorní vyšetření**

ŽÁDANKA NA KREVŇÍ OBRAZ

Hemato-onkologická klinika
hematologie@fnol.cz
 příjem materiálu tel.: 588 443 288

Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
 Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
 IČ: 00098892

PACIENT (unifikovaný štítek)

ID - číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	
Jméno a příjmení:	
Adresa:	
☐ M ☐ Ž	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):

* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

STATIM *	
VITÁLNÍ INDIKACE *	
☐	☐
Diagnóza	Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)

Razítko, IČL a podpis lékaře:	
Telefon žadatele:	Oddělení:

** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)

Datum a čas odběru **	Datum a čas příjmu

SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ – označte ☑

- ☐ po operaci ☐ EM ☐ Tr ☐ MP
☐ separace ☐ cytostatika ☐ infuze ☐ RF
☐ odběr do vody 37°C ☐ odběr do ThromboExact

POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ – označte ☑

- ☐ **krevní obraz** (Le, Ery, Hb, Hct, MCV, MCH, MCHC, Tr) ☐ jiné (vypíšte):
☐ **krevní obraz** + 5-ti populační **diferenciál** analyzátorový
☐ **krevní obraz** + **retikulocyty**
☐ **krevní obraz** + 5-ti populační **diferenciál** analyzátorový + **retikulocyty**

VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ

Hemoglobin _____ g/l	Erytrocyty _____ 10 ¹² /l	Hematokrit _____ ratio
MCV _____ fl	Leukocyty _____ 10 ⁹ /l	Trombocyty _____ 10 ⁹ /l
Hlášeno v _____ hod., komu: _____ hlásil: _____		

Spektrum prováděných vyšetření a pokyny k odběru biologického materiálu jsou uvedeny na adrese www.fnol.cz, sekce „Pro odborníky“ menu: **Laboratorní vyšetření**