

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KREVNÍHO OBRAZU

PACIENT: Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Příjmení, jméno:	Razítko a podpis:
Pohlaví: MUŽ / ŽENA Urgentnost:	
Kód pojišťovny: Diagnóza:	Datum a čas odběru : (odebral):
Umístění pacienta:	Odběr: žilní / kapilární

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO	KO + DIF	RETIKULOCYTY	

Odběr: zkumavka s K₃- EDTA, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

Diferenciální počet

Neutrofil. segmenty	Monocyty
Neutrofil. tyče	Eosinofilní segmenty
Lymfocyty	Basofilní granulocyty

Poznámka:

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KREVNÍHO OBRAZU

PACIENT: Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Příjmení, jméno:	Razítko a podpis:
Pohlaví: MUŽ / ŽENA Urgentnost:	
Kód pojišťovny: Diagnóza:	Datum a čas odběru : (odebral):
Umístění pacienta:	Odběr: žilní / kapilární

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO	KO + DIF	RETIKULOCYTY	

Odběr: zkumavka s K₃- EDTA, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

Diferenciální počet

Neutrofil. segmenty	Monocyty
Neutrofil. tyče	Eosinofilní segmenty
Lymfocyty	Basofilní granulocyty

Poznámka:

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KREVNÍHO OBRAZU

PACIENT: Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Příjmení, jméno:	Razítko a podpis:
Pohlaví: MUŽ / ŽENA Urgentnost:	
Kód pojišťovny: Diagnóza:	Datum a čas odběru : (odebral):
Umístění pacienta:	Odběr: žilní / kapilární

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO	KO + DIF	RETIKULOCYTY	

Odběr: zkumavka s K₃- EDTA, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

Diferenciální počet

Neutrofil. segmenty	Monocyty
Neutrofil. tyče	Eosinofilní segmenty
Lymfocyty	Basofilní granulocyty

Poznámka:

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KREVNÍHO OBRAZU

PACIENT: Rodné číslo:/..... (u cizinců č. pojistky, datum narození)	LÉKAŘ: identifikace, zdrav. zařízení, oddělení, IČP, IČZ, odbornost, kontakt - není-li uvedeno na razítku
Příjmení, jméno:	Razítko a podpis:
Pohlaví: MUŽ / ŽENA Urgentnost:	
Kód pojišťovny: Diagnóza:	Datum a čas odběru : (odebral):
Umístění pacienta:	Odběr: žilní / kapilární

ZATRHNĚTE
POŽADOVANÉ:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KO	KO + DIF	RETIKULOCYTY	

Odběr: zkumavka s K₃- EDTA, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

Diferenciální počet

Neutrofil. segmenty	Monocyty
Neutrofil. tyče	Eosinofilní segmenty
Lymfocyty	Basofilní granulocyty

Poznámka: