

**LAB KM s.r.o.**

Laboratoř klinické biochemie a hematologie

centrála: nám. Míru 3760/11, 767 01 Kroměříž, tel.: 573 342 081, 573 340 689, e-mail: [biolab@labkm.cz](mailto:biolab@labkm.cz)**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KREVNÍHO OBRAZU**

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

<b>ZATRHNĚTE POŽADOVANÉ:</b>	<input type="checkbox"/> <b>KO</b>	<input type="checkbox"/> <b>KO + DIFF</b>	<input type="checkbox"/> <b>RETIKULOCYTY</b>	<input type="checkbox"/> <b>FW*</b>
------------------------------	------------------------------------	---	--	-------------------------------------

**Upozornění pro lékaře: při patologických hodnotách laboratoř provede vyšetření v plném rozsahu**

**Odběr:** zkumavka s K<sub>3</sub>- EDTA, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev  
 \*zkumavka s citrátem 3,8 %, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

**Diferenciální počet**

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

**Poznámka:**

1 z 1

F SOP 005-003

**LAB KM s.r.o.**

Laboratoř klinické biochemie a hematologie

centrála: nám. Míru 3760/11, 767 01 Kroměříž, tel.: 573 342 081, 573 340 689, e-mail: [biolab@labkm.cz](mailto:biolab@labkm.cz)**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KREVNÍHO OBRAZU**

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

<b>ZATRHNĚTE POŽADOVANÉ:</b>	<input type="checkbox"/> <b>KO</b>	<input type="checkbox"/> <b>KO + DIFF</b>	<input type="checkbox"/> <b>RETIKULOCYTY</b>	<input type="checkbox"/> <b>FW*</b>
------------------------------	------------------------------------	---	--	-------------------------------------

**Upozornění pro lékaře: při patologických hodnotách laboratoř provede vyšetření v plném rozsahu**

**Odběr:** zkumavka s K<sub>3</sub>- EDTA, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev  
 \*zkumavka s citrátem 3,8 %, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

**Diferenciální počet**

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

**Poznámka:**

1 z 1

F SOP 005-003

**LAB KM s.r.o.**

Laboratoř klinické biochemie a hematologie  
centrála: nám. Míru 3760/11, 767 01 Kroměříž, tel.: 573 342 081, 573 340 689, e-mail: [biolab@labkm.cz](mailto:biolab@labkm.cz)

**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KREVNÍHO OBRAZU**

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

<b>ZATRHNĚTE POŽADOVANÉ:</b>	<input type="checkbox"/> <b>KO</b>	<input type="checkbox"/> <b>KO + DIFF</b>	<input type="checkbox"/> <b>RETIKULOCYTY</b>	<input type="checkbox"/> <b>FW*</b>
------------------------------	------------------------------------	---	--	-------------------------------------

**Upozornění pro lékaře: při patologických hodnotách laboratoř provede vyšetření v plném rozsahu**

**Odběr:** zkumavka s K<sub>3</sub>- EDTA, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev  
 \*zkumavka s citrátem 3,8 %, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

**Diferenciální počet**

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

**Poznámka:**

1 z 1

F SOP 005-003

**LAB KM s.r.o.**

Laboratoř klinické biochemie a hematologie  
centrála: nám. Míru 3760/11, 767 01 Kroměříž, tel.: 573 342 081, 573 340 689, e-mail: [biolab@labkm.cz](mailto:biolab@labkm.cz)

**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ KREVNÍHO OBRAZU**

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

<b>ZATRHNĚTE POŽADOVANÉ:</b>	<input type="checkbox"/> <b>KO</b>	<input type="checkbox"/> <b>KO + DIFF</b>	<input type="checkbox"/> <b>RETIKULOCYTY</b>	<input type="checkbox"/> <b>FW*</b>
------------------------------	------------------------------------	---	--	-------------------------------------

**Upozornění pro lékaře: při patologických hodnotách laboratoř provede vyšetření v plném rozsahu**

**Odběr:** zkumavka s K<sub>3</sub>- EDTA, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev  
 \*zkumavka s citrátem 3,8 %, druh primárního vzorku: nesrážlivá krev

**Diferenciální počet**

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

**Poznámka:**

1 z 1

F SOP 005-003