

Pojišťovna	IČZ	Datum odběru
	Odbornost	Čas odběru
Číslo pojistěnce		Odebral
Příjmení, jméno datum narození (cizinci)		
Kontakt	STATIM: <input type="checkbox"/>	Osobně: <input type="checkbox"/>
Samoplátce <input type="checkbox"/>	Pohlaví: muž <input type="checkbox"/>	žena <input type="checkbox"/>
Klinické informace	Diagnóza	
Druh primárního vzorku	krev-venózní <input type="checkbox"/>	krev-kapilární <input type="checkbox"/> moč <input type="checkbox"/> stolice <input type="checkbox"/>

**Lab Med spol. s r.o.**  
 Poliklinika U Pošty 402/14,  
 Starý Lískovec, 625 00 Brno  
**tel.: 547 218 006 - laboratoř**  
**tel.: 547 218 005 - lékař**  
**mobil: 605 965 002**  
 labmed@labmed.cz, www.labmed.cz

Razítko a podpis lékaře (IČP):

# POUKAZ NA VYŠETŘENÍ



Antikoagulační léčba	
užívání heparinu	<input type="checkbox"/>
užívání warfarinu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Odběr krve - venózní
<input type="checkbox"/>	Odběr krve - kapilární
<input type="checkbox"/>	Glykémie
<input type="checkbox"/>	Dia moč
<input type="checkbox"/>	HbA 1 c
<input type="checkbox"/>	C-peptid
<input type="checkbox"/>	O-GTT
<input type="checkbox"/>	CRP

<input type="checkbox"/>	TSH
<input type="checkbox"/>	fT4
<input type="checkbox"/>	HIV
<input type="checkbox"/>	HBsAG
<input type="checkbox"/>	RPR
<input type="checkbox"/>	TPHA
<input type="checkbox"/>	HCG
<input type="checkbox"/>	Troponin I
<input type="checkbox"/>	FW - sedimentace

### Doplňující údaje (moč)

Čas (h): \_\_\_\_\_  
 Množství (ml): \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Krevní obraz (bez diferenciálu)
<input type="checkbox"/>	Krevní obraz (s 5 - populačním diferenciacím)
<input type="checkbox"/>	Diferenciální rozpočet leukocytů mikroskopicky
<input type="checkbox"/>	Protrombinový čas dle Quicka
<input type="checkbox"/>	APTT
<input type="checkbox"/>	Fibrinogen
<input type="checkbox"/>	D-dimery
<input type="checkbox"/>	Močový sediment

### Rozlišení odběrového materiálu

	Hnědá - separační gel, srážlivá krev
	Červená - EDTA
	Zelená - citrát sodný 1:9
	Fialová - citrát sodný 1:4

### Ostatní vyšetření

Byl/a jsem seznámen/a o průběhu vyšetření a souhlasím s jeho provedením