

# Žiadanka

## na kompletne hemokoagulačné vyšetrenie

Priezvisko:

Meno:

Rodné číslo:

 / 

Poist'ovňa

 -  Dg. 

Dátum odberu:

 Čas: 

**Pacientov na kompletne koagulačné vyšetrenie objednávajte vopred !**

Ober: 1x koagulačná skúmavka, 1x skúmavka na krvný obraz

Parametre označujte čiernou alebo modrou farbou!

správne

nesprávne

### Klinické údaje o pacientovi

- plánovaná operácia
- krvácanie
- hepatopatia
- trombóza
- kontrolné vyšetrenie

### Liečba

- hemoterapia
- antiagregačná liečba
- antikoagulačná liečba
  - warfarín
  - heparín, LMWH
- fibrinolytická liečba
- iné: .....

### Vyšetrenia v rámci kompletnej hemokogulácie:

- Quickov čas (PT%, INR)
- APTT, Ratio
- Trombínový čas
- Fibrinogén
- D-Diméry
- Antitrombín
- Trombocyty
- 
- Zhodnotenie lekárom - hematológom

Anamnéza a poznámky:

Oddelenie/ Klinika/ tel.-klapka

čiarový kód



**Synlab.SK s.r.o.** Limbová 5,  
831 01 Bratislava

tel.č.: 02/32660716, 5954 2442