

Pojišťovna	IČZ	Datum odběru
	Odbornost	Čas odběru
Číslo pojištění		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

užívání warfarinu

Odběr krve - venózní

Odběr krve - kapilární

Glykémie

Dia moč

HbA 1 c

C-peptid

O-GTT

CRP

TSH

fT4

HIV

HBsAG

RPR

TPHA

HCG

Troponin I

FW - sedimentace

## Doplňující údaje (moč)

Čas (h):

Množství (ml):

Krevní obraz (bez diferenciálu)

Krevní obraz (s 5 - populačním diferencíálem)

Diferenciální rozpočet leukocytů mikroskopicky

Protrombinový čas dle Quicka

APTT

Fibrinogen

D-dimery

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