

Žádanka o koagulační vyšetření

číslo pojištěnce					žena	<input type="checkbox"/>	muž	<input type="checkbox"/>
příjmení					výsledky osobně	ano	ne	<input type="checkbox"/>
jméno								
kontakt na pacienta								
pojišťovna					samoplátce	<input type="checkbox"/>		

odběr provedl				
datum odběru				
STATIM	<input type="checkbox"/>	čas odběru		
telefon STATIM				
diagnóza				

razítko a podpis lékaře,
vč. IČP a odbornostiodebraný materiál: _____ | typy odběru (zkumavek): plazma: Na citrát 1:9vyplňování: správně špatně

Koagulace	
<input type="checkbox"/>	Quick (PT)
<input type="checkbox"/>	Warfarin: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/>	APTT

Poznámky

Žádanka o koagulační vyšetření

číslo pojištěnce					žena	<input type="checkbox"/>	muž	<input type="checkbox"/>
příjmení					výsledky osobně	ano	ne	<input type="checkbox"/>
jméno								
kontakt na pacienta								
pojišťovna					samoplátce	<input type="checkbox"/>		

odběr provedl				
datum odběru				
STATIM	<input type="checkbox"/>	čas odběru		
telefon STATIM				
diagnóza				

razítko a podpis lékaře,
vč. IČP a odbornostiodebraný materiál: _____ | typy odběru (zkumavek): plazma: Na citrát 1:9vyplňování: správně špatně

Koagulace	
<input type="checkbox"/>	Quick (PT)
<input type="checkbox"/>	Warfarin: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/>	APTT

Poznámky

Žádanka o koagulační vyšetření

číslo pojištěnce					žena	<input type="checkbox"/>	muž	<input type="checkbox"/>
příjmení					výsledky osobně	ano	ne	<input type="checkbox"/>
jméno								
kontakt na pacienta								
pojišťovna					samoplátce	<input type="checkbox"/>		

odběr provedl				
datum odběru				
STATIM	<input type="checkbox"/>	čas odběru		
telefon STATIM				
diagnóza				

razítko a podpis lékaře,
vč. IČP a odbornostiodebraný materiál: _____ | typy odběru (zkumavek): plazma: Na citrát 1:9vyplňování: správně špatně

Koagulace	
<input type="checkbox"/>	Quick (PT)
<input type="checkbox"/>	Warfarin: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/>	APTT

Poznámky
