

Žádanka o laboratorní vyšetření těhotných



razítko a podpis lékaře,
vč. IČP a odbornosti

číslo pojištěné					
příjmení				výsledky osobně	ano <input type="checkbox"/>
jméno					ne <input type="checkbox"/>
kontakt (telefon)					
pojišťovna				samoplátkyně <input type="checkbox"/>	

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

adresa bydliště																					
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

odebraný materiál: _____ | typy odběru (zkumavek): ■ sérum – srážlivá krev | ■ plná krev – K EDTA | ■ plazma – NaF

Biochemie
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glukóza

Hematologie
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krevní obraz

Imunohematologie
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krevní skupina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Screening protilátek

týden těhotenství:
anti-D profylaxe NE | ANO – kdy:

Infekční sérologie
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV 1, 2 (Ig total+antigen)

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Syfilis (ELISA+RPR)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HBsAg

Jiná vyšetření

