

<b>Žádanka na laboratorní vyšetření</b>				Adresa pacienta (kontakt):
<b>Vyšetření krevní skupiny</b>				
Oddělení klinické biochemie, hematologie a imunologie Nemocnice Na Homolce, Roentgenova 2, 150 30 Praha 5 Tel.: (+420)257 272 425, Fax.: (+420)257 272 426				
Titul	Jméno pacienta			
Příjmení pacienta			Pacient vyzvedne osobně <input type="checkbox"/>	
Datum narození	Číslo pojištěnce	Pojišťovna	Pohlaví <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena	Požadovaný primární materiál: Plná krev (Li-Hep) 5-10 ml Viz laboratorní příručka
Diagnóza	Číslo oddělení		Datum a čas odběru	
Vyšetření účtovat na IČP		Odbornost	Výsledek odeslat na Adresa	
<i>Razítko, jméno a podpis lékaře</i>				

*Požadovaný primární materiál: Plná krev (Li-Hep) 5-10 ml - viz laboratorní příručka*

Transfuse kdy:		Očkování anti D kdy:	
Stávající těhotenství kolikáté? :	Měsíc:	Týden:	
Rok porodů:		Rok potratů:	
Jiná sdělení pro laboratoř:			
Přijal: *	Vyšetřil: *	Uvolněno: *	

*\*vyplňuje laboratoř!!!*

**Požadované vyšetření:**

Vyšetření krevní skupiny <input type="checkbox"/>	Screening protilátek <input type="checkbox"/>	Přímý antiglob. test <input type="checkbox"/>
---	---	---