

**Oddělení klinických laboratoří - imuno hematologie**  
**tel.: 311 556 505**

**ŽÁDANKA O IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ**

<b>PŘÍJMENÍ</b>		<b>POZNÁMKA LABORATOŘE</b>	<b>Vyplňuje laboratoř</b>
<b>JMÉNO</b>			
<b>Č. POJIŠTĚNCE</b>			
<b>POJIŠŤOVNA</b>			
<b>DIAGNÓZA (č.kód)</b>			
<b>NÁZEV ODDĚLENÍ</b>		<b>RAZÍTKO ODDĚLENÍ</b>	<b>JMÉNO A PODPIS LÉKAŘE</b>
<b>NÁKL. STŘEDISKO</b>			
<b>TELEFON</b>			
<b>ODBĚR(datum a čas)</b>			
<b>ODEBRAL(A)</b>			

**Požadované vzorky: nesrážlivá žilní krev odebraná do EDTA – 7ml –zkumavka Vacutainer s fialovým uzávěrem**

<b>Požadované vyšetření:</b>	<b>X</b>	<b>Výsledek:</b>
Krevní skupina		
Screening protilátek		
PAT (přímý antiglobulinový test)		
NAT (nepřímý antiglobulinový test)		