

ŽÁDANKA O IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ



Transfuzní oddělení FTNsP, Vídeňská 800, Praha 4, p. B2, tel.: 261 08 2425 (3310)

možnost nalepení identifikačního štítku

Příjmení:		Žadatel (IČZ, jméno lékaře, odbornost):	
Jméno:			
Rodné číslo:			
Dg:	Pojišťovna:	Telefon:	
Datum:		Podpis:	

Lab číslo:

Odesláno:

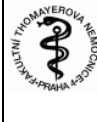
Požadovaná vyšetření (zaškrtněte):

krevní skupina	<input type="checkbox"/>	přímý antiglobulinový test (Coombs)
	<input type="checkbox"/>	screening nepravidelných protilátek
identifikace nepravidelných protilátek	<input type="checkbox"/>	stanovení titru anti-A, anti-B

IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ Č.

Transfuzní oddělení FTNsP

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4
pav. B2, tel.: 261 08 2425 (3310)



Příjmení:		Žadatel (IČZ, jméno lékaře, odbornost):	
Jméno:			
Rodné číslo:			
Dg:			

Závěr vyšetření:

krevní skupina:	
screening nepravidelných protilátek:	
přímý antiglobulinový test (Coombs):	
	datum, razítko, podpis

VYŠETŘENÍ PROVEDENO Z DODANÉHO VZORKU KRVE

VYŠETŘENÍ PROVEDENO Z DODANÉHO VZORKU KRVE

