



Žiadanka na vyšetrenie špeciálnych koagulačných testov

Klinika hematológie a transfúziológie
Univerzitná nemocnica Martin
Kollárova 2, 036 59 Martin
Tel.: 043/4203 480



Pacient		
Meno a priezvisko:		Kód diagnózy:
		Číslo poisťovne:
Rodné číslo:	ID pacienta:	
Adresa:		
Krátka epikríza pacienta:		
Indikujúci lekár		
Meno a indikujúceho lekára:		Adresa indikujúceho lekára:
Oddelenie, nákladové stredisko:		Pečiatka a kód indikujúceho lekára:
e-mail:	tel. kontakt:	
Výsledok zaslať: poštou / elektronicky		
Materiál		
<input type="checkbox"/> Periférna krv (v prípade plazmy skúmavka s protizrážanlivým činidlom citrátom sodným (0,109 mmol/l) v pomere 1:9)		
Parametre		
Koagulačné faktory <input type="checkbox"/> Faktor II – funkcia <input type="checkbox"/> Faktor V – funkcia <input type="checkbox"/> Faktor VII – funkcia <input type="checkbox"/> Faktor VIII – funkcia <input type="checkbox"/> Faktor VIII – funkcia (chromogénna metóda) <input type="checkbox"/> Faktor IX – funkcia <input type="checkbox"/> Faktor X – funkcia <input type="checkbox"/> Faktor XI – funkcia <input type="checkbox"/> Faktor XII – funkcia <input type="checkbox"/> Faktor XIII – funkcia <input type="checkbox"/> Faktor XIII – antigén <input type="checkbox"/> Inhibítory koagulačných faktorov	Trombofilný stav – skrining <input type="checkbox"/> Proteín C – aktivita <input type="checkbox"/> Proteín S – aktivita <input type="checkbox"/> Proteín S – antigén <input type="checkbox"/> ProC® Global <input type="checkbox"/> Antitrombín – antigén	Von Willebrandova choroba <input type="checkbox"/> vWF – aktivita <input type="checkbox"/> vWF – antigén <input type="checkbox"/> vWF – interakcia s kolagénom <input type="checkbox"/> vWF – analýza multimérov
Iné <input type="checkbox"/> ADAMTS13 – aktivita <input type="checkbox"/> ADAMTS13 – protilátky	Fibrinolytický systém <input type="checkbox"/> Plazminogén <input type="checkbox"/> α 2-antiplazmín <input type="checkbox"/> Reptilázový čas <input type="checkbox"/> Fibrinogén – antigén	Antifosfolipidový syndróm <input type="checkbox"/> Lupus antikoagulans <input type="checkbox"/> β 2-glykoproteínové protilátky typu IgG <input type="checkbox"/> β 2-glykoproteínové protilátky typu IgM
Odber materiálu (čas a dátum):		
Príjem vzorky (čas a dátum):		