



Žiadanka na vyšetrenie heparínom indukovanej trombocytopenie

Klinika hematológie a transfúziológie
Univerzitná nemocnica Martin
Kollárova 2, 036 59 Martin
Tel.: 043/4203 480, 043/4203 536



Pacient	
Meno a priezvisko:	Kód diagnózy:
	Číslo poisťovne:
Rodné číslo:	ID pacienta:
Adresa:	
Klinická indikácia: <input type="checkbox"/> Podozrenie na heparínom indukovanú trombocytopeniu (HIT) <input type="checkbox"/> 4Ts skóre (počet bodov):	
Podávaný heparín (typ a dávka):	Dátum začiatku liečby:
Počet trombocytov pred liečbou:	Počet trombocytov po liečbe:
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 (skúmavka bez protizrážanlivého činidla)	
Druh vyšetrenia	
<input type="checkbox"/> Imunologické stanovenie anti-PF4/heparínových protilátok (STic Expert kit) <input type="checkbox"/> nevyšetrené <input type="checkbox"/> vyšetrené výsledok: pozitívny <input type="checkbox"/> negatívny <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Funkčné stanovenie pomocou prietokovej cytometrie (HITAlert kit)	
Odber materiálu (čas a dátum):	
Príjem vzorky (čas a dátum):	