

Číslo pojištění (ID): (datum narození)	
Pohlaví:	_____
Příjmení:	_____
Jméno, titul:	_____
Diagnózy:	
Pojišťovna:	Odb.:
Klinika/Tel:	_____
Léčba:	<input type="checkbox"/> železo <input type="checkbox"/> transfúze
Materiál, antikoagulant: (zaškrtněte)	Citrát <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Nesrážlivá krev <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/>
Datum a čas odběru:	. :
POVINNĚ VYPLNIT ! (vzorek musí být zpracován do 6 hodin od odběru!) Vzorky jsou přijímány od 7.00 do 14.00 Odběr primárního vzorku byl proveden podle pokynů laboratorní příručky. www.uhkt.cz	
Jednoznačná identifikace lékaře (razítko): 	

Ústav hematologie a krevní transfuze Oddělení biochemie
 Ing. Jiří Suttnar, CSc. vedoucí laboratoře
 Adresa: U Nemocnice 1/2094, 128 00 Praha 2
 Tel: 221 977 250
 e-mail: jiri.suttnar@uhkt.cz

Datum a čas dodání do laboratoře:
Pořadové číslo dne:
Materiál převzal a přezkoumal dle Příručky odběru primárních vzorků:

Poznámka	
Stanovení volného hemoglobinu	<input type="checkbox"/>
Stanovení volného bilirubinu	<input type="checkbox"/>