

Vyšetření ASTRUP

Č. pojištěnce

Datum narození: Pohl. M/Ž

Příjmení

Jméno, titul

Diagnózy

Odd., NS, IČL klinika

Pojišťovna tel.

Materiál

Datum odběru čas

**Laboratoř KDDL
ÚLBLD VFN a 1. LF UK**

Apolinářská 18, 128 08 Praha 2
tel: 224 967 435

2020-06 v.5

Poznámka

Datum a čas příjmu vzorku:

Razítko (vč. IČP) a podpis:

NESRÁŽLIVÁ KREV s Li-heparinem (kapilára nebo stříkačka)		Nesrážlivá krev (kapilára 20 µl ze setu)
<input type="checkbox"/> ASTRUP	<input type="checkbox"/> HEMOGLOBIN	<input type="checkbox"/> CRP Quik Read
(pH, pCO ₂ , pO ₂)	<input type="checkbox"/> frakce Hb (vše)	
	<input type="checkbox"/> oxy Hb	
	<input type="checkbox"/> deoxy Hb	
	<input type="checkbox"/> karboxy Hb	
<input type="checkbox"/> IONTY (vše)	<input type="checkbox"/> methemoglobin	
<input type="checkbox"/> Na ⁺	<input type="checkbox"/> fetální Hb	
<input type="checkbox"/> K ⁺		
<input type="checkbox"/> Cl ⁻		
<input type="checkbox"/> ioniz. Ca		
<input type="checkbox"/> GLUKÓZA	<input type="checkbox"/> BILIRUBIN celk.	
<input type="checkbox"/> LAKTÁT		