

Vyšetření ASTRUP	
Č. pojištěnce .....	
Datum narození: .....	Pohl. M/Ž
Příjmení .....	
Jméno, titul .....	
Diagnózy .....	
Odd., NS, IČL .....	klinika .....
Pojišťovna .....	tel. ....
Materiál .....	
Datum odběru .....	čas .....

<b>Laboratoř</b> <b>Karlov-Apolinářská</b> <b>ÚLBLD VFN a 1. LF UK</b>  <b>Apolinářská 18, 128 08 Praha 2</b> <b>tel: 224 967 435</b>  <small>2021-01 v.6</small>
--

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 <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> )	<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 <sup>+</sup>	<input type="checkbox"/> fetální Hb	
<input type="checkbox"/> K <sup>+</sup>		
<input type="checkbox"/> Cl <sup>-</sup>		
<input type="checkbox"/> ioniz.Ca		
<input type="checkbox"/> GLUKÓZA	<input type="checkbox"/> BILIRUBIN celk.	
<input type="checkbox"/> LAKTÁT		