

Vyšetření ASTRUP

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

**Laborator Apolinářská
ÚLBD VFN a 1. LF UK**

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

2023-03 v.7

Poznámka

Datum a čas příjmu vzorku:

Razítko (vč. IČP) a podpis:

**NESRÁŽLIVÁ KREV s Li-heparinem (kapilára nebo
stříkačka)**

<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	K2EDTA krev (zkumavka), transport na ledu
<input type="checkbox"/> IONTY (vše)	<input type="checkbox"/> methemoglobin	<input type="checkbox"/> AMONIAK
<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		