

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 Apolinářská ÚLBLD VFN a 1. LF UK</b>  <b>Apolinářská 18, 128 08 Praha 2</b> tel: 224 967 435  <small>2023-03 v.7</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"/> <b>ASTRUP</b>	<input type="checkbox"/> <b>HEMOGLOBIN</b>	<input type="checkbox"/> CRP Quik Read
(pH, pCO <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> )	<input type="checkbox"/> <b>frakce Hb (vše)</b>	
	<input type="checkbox"/> oxy Hb	
	<input type="checkbox"/> deoxy Hb	
	<input type="checkbox"/> karboxy Hb	<b>K2EDTA krev (zkumavka), transport na ledu</b>
<input type="checkbox"/> <b>IONTY (vše)</b>	<input type="checkbox"/> methemoglobin	<input type="checkbox"/> <b>AMONIAK</b>
<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"/> <b>GLUKÓZA</b>	<input type="checkbox"/> <b>BILIRUBIN celk.</b>	
<input type="checkbox"/> <b>LAKTÁT</b>		