

## ZLECENIE BADANIA KOAGULOLOGICZNEGO

do Pracowni Hematologii i Koagulologii

Dział Laboratoryjny Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie  
20-078 Lublin, ul. Żołnierzy Niepodległej 8, tel. 81 53 262 75 w. 129, 535-835-300 ; fax 81 532 53 18

Data .....

Zleceniodawca (pieczęć), adres, oddział, tel., fax

Tryb wykonania badania:  NORMALNY  CITO

Nazwisko i imię pacjenta: .....

Numer PESEL: ....., data urodzenia: ....., Płeć:  K  M  
(W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość)

Numer identyfikacyjny pacjenta: .....  
(Przy braku innych danych)

Miejsce zamieszkania / oddział szpitalny: .....

Miejsce przesłania wyniku badania  
/ dane osoby upoważnionej do odbioru wyniku badania: .....

Istotne dane kliniczne pacjenta:

- Cięża: .....
- Przyjmowane leki przeciwkrzepliwe: .....
- Inne istotne dane: .....

Zleczone badania:

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> PT (INR)                         | <input type="checkbox"/> czynnik II   | <input type="checkbox"/> antytrombina                                    |
| <input type="checkbox"/> APTT                             | <input type="checkbox"/> czynnik V    | <input type="checkbox"/> białko C  |
| <input type="checkbox"/> TT                               | <input type="checkbox"/> czynnik VII  | <input type="checkbox"/> białko S  |
| <input type="checkbox"/> Fibrynogen                       | <input type="checkbox"/> czynnik VIII | <input type="checkbox"/> APCR-V (Cz. V-Leiden)                           |
| <input type="checkbox"/> vWF:Ag                           | <input type="checkbox"/> czynnik IX   | <input type="checkbox"/> inhibitor cz. VIII, IX – obecność               |
| <input type="checkbox"/> vWF:Act                          | <input type="checkbox"/> czynnik X    | <input type="checkbox"/> inhibitor cz. VIII – miano                      |
| <input type="checkbox"/> krążący antykoagulant (korekcja) | <input type="checkbox"/> czynnik XI   | <input type="checkbox"/> inhibitor cz. IX - miano                        |
| <input type="checkbox"/> antykoagulant toczniowy          | <input type="checkbox"/> czynnik XII  | <input type="checkbox"/> przeciwciała antykardiolipinowe                 |
|   |                                       | <input type="checkbox"/> przeciwciała antyβ <sub>2</sub> glikoproteina I |

Rodzaj materiału do badania:  krew żylna na cytrynian  krew żylna na skrzep

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza zlecającego badania

Data i godzina pobrania materiału do badań: .....

.....  
Podpis i pieczęć osoby pobierającej próbkę

Data i godzina przyjęcia materiału do badań: .....

.....  
Podpis i pieczęć osoby przyjmującej próbkę