



Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie

Data

SKIEROWANIE NA BADANIA LABORATORYJNE DO RCKiK W RZESZOWIE

JEDNOSTKA KIERUJĄCA (nazwa szpitala, poradni/kliniki, adres, telefon i pieczęć)		Miejsce przesłania sprawozdania z badania/ dane osoby upoważnionej do odbioru (adres, jeżeli takie same jak jednostki kierującej, nie wypełniać)	
NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA (drukowane litery)			Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Data urodzenia		PESEL	
Miejsce zamieszkania/oddział:			
Rozpoznanie, dane kliniczne pacjenta: <input type="checkbox"/> hemofilia A <input type="checkbox"/> hemofilia B <input type="checkbox"/> choroby wątroby <input type="checkbox"/> zaburzenia krzepnięcia <input type="checkbox"/> inne			
Wyniki badań koagulologicznych : APTT PT Data wykonania oznaczenia			
Data pobrania	Godzina pobrania :	Data przyjęcia	Godzina przyjęcia :
Czytelny podpis osoby pobierającej		Czytelny podpis osoby przyjmującej	
MATERIAŁ <input type="checkbox"/> Krew cytrynianowa (dostarczyć w ciągu 2 godzin od pobrania, transport w temperaturze otoczenia 18 - 25°C) <input type="checkbox"/> Osocze ubogopłytkowe (dostarczyć zamrożone, transport w suchym lodzie) <input type="checkbox"/> Surowica (krew pobrana na skrzep, transport w temperaturze otoczenia 18 - 25°C)			
NAZWA ZLECONEGO BADANIA (proszę zaznaczyć kwadrat przy zleconym badaniu)			
<input type="checkbox"/> Oznaczenie czasu protrombinowego PT <input type="checkbox"/> Oznaczenie APTT (czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji) <input type="checkbox"/> Oznaczenie czasu trombinowego TT <input type="checkbox"/> Oznaczenie fibrynogenu (metoda Clauss'a)		<input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika von Willebranda (kofaktora ristocetyny) <input type="checkbox"/> Oznaczenie antygenu czynnika von Willebranda	
<input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika II (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika V (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika VII (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika VIII (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika IX (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika X (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika XI (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika XII (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika VIII (met. chromogenną) <input type="checkbox"/> Oznaczenie antygenu czynnika XIII (met. immunologiczna)			
<input type="checkbox"/> Oznaczenie testu potwierdzenia obecności antykoagulantu toczniowego (w oparciu o dRVVT) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności antytrombiny (met. chromogenną, anty-Xa)		<input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności białka C (met. chromogenną) <input type="checkbox"/> Oznaczenie poziomu wolnego białka S	
<input type="checkbox"/> Wykonanie testu korekcji APTT (testu na obecność krążącego antykoagulantu) <input type="checkbox"/> Oznaczenie miana inhibitora czynnika VIII <input type="checkbox"/> Oznaczenie miana inhibitora czynnika IX			
TRYB WYKONANIA BADANIA <input type="checkbox"/> PILNY <input type="checkbox"/> RUTYNOWY			
Lekarz zlecający (podpis, pieczęć)		UWAGI	