



**REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
W RZESZOWIE**

35-310 RZESZÓW UL. WIERZBOWA 14
tel. 17 867 20 30 fax 17 867 20 37
e-mail: sekretariat@rckk.rzeszow.pl www.rckk.rzeszow.pl

SKIEROWANIE NA BADANIA LABORATORYJNE

JEDNOSTKA KIERUJĄCA *nazwa szpitala, poradni/kliniki, adres, telefon, pieczęć)*

Miejsce przesłania sprawozdania z badania/ dane osoby upoważnionej /do odbioru /

.....
(adres, jeżeli takie same jak jednostka kierującej, nie wypełniać)

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA

.....
Data urodzenia **PESEL / Nr identyfikacyjny** Miejsce Zamieszkania / /Oddział

Rozpoznanie/dane kliniczne pacjenta.....

Przesłany materiał do badań : / proszę zaznaczyć właściwy materiał /

- Krew cytrynianowa (dostarczyć wciągu 2 godzin od pobrania, transport w temperaturze otoczenia 15-22°C)
- Osocze ubogopłytkowe (dostarczyć zamrożone, transport w suchym lodzie)
- Surowica (krew pobrana na skrzep, transport w temperaturze otoczenia 15-22°)

/ proszę zaznaczyć właściwy materiał /

NAZWA ZLECONEGO BADANIA (proszę zaznaczyć zleczone badanie)

- Oznaczenie aktywności czynnika II (met. koagulacyjną jednostopniową)
- Oznaczenie aktywności czynnika V (met. koagulacyjną jednostopniową)
- Oznaczenie aktywności czynnika VII (met. koagulacyjną jednostopniową)
- Oznaczenie aktywności czynnika VIII (met. koagulacyjną jednostopniową)
- Oznaczenie aktywności czynnika IX (met. koagulacyjną jednostopniową)
- Oznaczenie aktywności czynnika X (met. koagulacyjną jednostopniową)
- Oznaczenie aktywności czynnika XI (met. koagulacyjną jednostopniową)
- Oznaczenie aktywności czynnika XII (met. koagulacyjną jednostopniową)
- Wykonanie testu korekcyjnego APTT (testu na obecność krążącego antykoagulantu)
- Oznaczenie miana inhibitora czynnika VIII
- Oznaczenie miana inhibitora czynnika IX
- Oznaczenie aktywności czynnika von Willebranda

.....
Lekarz zlecający badanie
/popis pieczętka /

.....
Data , godzina, podpis osoby pobierającej

Uwagi końcowe : Badania wykonywane są wyłącznie w godzinach rutynowego czasu pracy .