

## ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ SPECIÁLNÍCH KOAGULACÍ

### Osobní data pacienta

Jméno:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Diagnóza:

### Vyšetření indikuje

Datum a čas odběru:

### Požadované vyšetření

#### Základní

F VIII

Protein S

Protein C

LA

APC-R

DTI

RVX

APX

#### Ostatní

FII

FV

FVII

FIX

FX

FXI

FXII

vWf

## ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ SPECIÁLNÍCH KOAGULACÍ

### Osobní data pacienta

Jméno:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Diagnóza:

### Vyšetření indikuje

Datum a čas odběru:

### Požadované vyšetření

#### Základní

F VIII

Protein S

Protein C

LA

APC-R

DTI

RVX

APX

#### Ostatní

FII

FV

FVII

FIX

FX

FXI

FXII

vWf