



ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ ACIDOBAZICKÉ REGULACE

Oddělení klinické biochemie

biochemie@fnol.cz

příjem materiálu tel.: 588 444 249 (4240)

Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

PACIENT (unifikovaný štítek)

* není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

ID – číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	
Jméno a příjmení:	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):

STATIM *		
VITÁLNÍ INDIKACE *		
Diagnóza	Diagnóza II.	Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště:
(adresa, IČP, odbornost)

Razítko, IČL a podpis lékaře:

Telefon žadatele:

Datum a čas odběru

Datum a čas příjmu

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ – volbu označte ☒

<input type="checkbox"/> kapilární krev	<input type="checkbox"/> arteriální krev	<input type="checkbox"/> venózní krev
minimální objem krve – kapilára 95 µl, injekční stříkačka 1 ml, heparinát lithný LiHep		

POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ – volbu označte ☒

<input type="checkbox"/> ABR základní	<input type="checkbox"/> ABR + oximetrie + frakce Hb (pro JIP)
<input type="checkbox"/> ionizovaný vápník (iCa ²⁺)	<input type="checkbox"/> pH media

Korekce na aktuální tělesnou teplotu pacienta a vdechovaný vzduch (>21% O₂)

Aktuální teplota °C jestliže je mimo rozsah 36,5 - 37,5

Inspirovaný vzduch (O₂) % jestliže je O₂ >21%

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORÁTOŘ (údaje o pacientovi, léčba, délka trvání a průběh onemocnění, předchozí vyšetření apod.):