

# ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ ACIDOBAZICKÉ REGULACE

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

Oddělení klinické biochemie

[biochemie@fnol.cz](mailto:biochemie@fnol.cz)

příjem materiálu tel.: 588 444 249

**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):

<b>STATIM *</b>		
<b>VITÁLNÍ INDIKACE *</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnóza	Diagnóza II.	Diagnóza III.

**ŽADATEL**

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Razítko, IČL a podpis lékaře:
Telefon žadatele:

Datum a čas odběru

Datum a čas příjmu

**MATERIÁL K VYŠETŘENÍ** – volbu označte ☑

kapilární krev       arteriální krev       venózní krev

minimální objem krve – kapilára 95  $\mu$ l, injekční stříkačka 1 ml, heparinát lithný LiHep

**POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ** – volbu označte ☑

ABR základní       ABR + oximetrie + frakce Hb (pro JIP)  
 ionizovaný vápník ( $i\text{Ca}^{2+}$ )       pH media

**Korekce na aktuální tělesnou teplotu pacienta a vdechovaný vzduch ( $>21\% \text{O}_2$ )**

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

Inspirovaný vzduch ( $\text{O}_2$ )      %    jestliže je  $\text{O}_2 >21\%$

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

--------------------------