

**INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY**

Pracoviště laboratorních metod, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4

Oddělení klinické biochemie, budova G, 4.n.p.

Kontaktní telefon: +420 26136 2833

Lab. číslo/datum, čas příjmu

Žádanka o vyšetření acidobazické rovnováhy

Pacient (příjmení, jméno, titul)	Číslo pojištěnce	Datum narození	Pojišťovna	Kód amb/odd.	Telefon
----------------------------------	------------------	----------------	------------	--------------	---------

Dg. základní	Dg. ostatní	Pohlaví	Výška cm	Hmotnost kg	Razítko (včetně IČP), jméno a podpis lékaře
--------------	-------------	---------	-------------	----------------	---

Materiál vyznačte níže	Odebral/datum/čas
---------------------------	-------------------

Arteriální krev (A)		Venózní krev (V)		Smíšená ven. krev (P)		Hodnocení ABR dle Stewart a Fencl [*]			
1201	ABR	1221	ABR	1241	ABR		* hodnocení zahrnuje vyšetření ABR v arteriální krvi a vyšetření fosforu a albuminu v arteriální plazmě		
1212	Hemoglobin	1232	Hemoglobin	1252	Hemoglobin				
1210	Natrium	1230	Natrium	1250	Natrium				
1211	Kalium	1231	Kalium	1252	Kalium				
1214	Chloridy	1234	Chloridy	1254	Chloridy				
1215	Calcium ioniz.	1235	Calcium ioniz.	1255	Calcium ioniz.				
1217	Glukóza	1237	Glukóza	1257	Glukóza				
1216	Laktát	1236	Laktát	1256	Laktát				
						A V P			
						3-OH-butyrát		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Náběr do uzavřené stříkačky s Li-heparinem

Poznámka: v odebrané krvi nesmí být vzduchové bublinky

**INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY**

Pracoviště laboratorních metod, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4

Oddělení klinické biochemie, budova G, 4.n.p.

Kontaktní telefon: +420 26136 2833

Lab. číslo/datum, čas příjmu

Žádanka o vyšetření acidobazické rovnováhy

Pacient (příjmení, jméno, titul)	Číslo pojištěnce	Datum narození	Pojišťovna	Kód amb/odd.	Telefon
----------------------------------	------------------	----------------	------------	--------------	---------

Dg. základní	Dg. ostatní	Pohlaví	Výška cm	Hmotnost kg	Razítko (včetně IČP), jméno a podpis lékaře
--------------	-------------	---------	-------------	----------------	---

Materiál vyznačte níže	Odebral/datum/čas
---------------------------	-------------------

Arteriální krev (A)		Venózní krev (V)		Smíšená ven. krev (P)		Hodnocení ABR dle Stewart a Fencl [*]			
1201	ABR	1221	ABR	1241	ABR		* hodnocení zahrnuje vyšetření ABR v arteriální krvi a vyšetření fosforu a albuminu v arteriální plazmě		
1212	Hemoglobin	1232	Hemoglobin	1252	Hemoglobin				
1210	Natrium	1230	Natrium	1250	Natrium				
1211	Kalium	1231	Kalium	1252	Kalium				
1214	Chloridy	1234	Chloridy	1254	Chloridy				
1215	Calcium ioniz.	1235	Calcium ioniz.	1255	Calcium ioniz.				
1217	Glukóza	1237	Glukóza	1257	Glukóza				
1216	Laktát	1236	Laktát	1256	Laktát				
						A V P			
						3-OH-butyrát		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Náběr do uzavřené stříkačky s Li-heparinem

Poznámka: v odebrané krvi nesmí být vzduchové bublinky