

JEDNOSTKA KIERUJĄCA		Miejsce przesłania sprawozdania z badania/ dane osoby upoważnionej do odbioru	
(nazwa szpitala, poradni/kliniki, adres, telefon, pieczęć)		(adres, jeżeli takie same jak jednostki kierującej, nie wypełniać)	
NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA (drukowane litery)			Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Data urodzenia		PESEL / Nr identyfikacyjny	
Miejsce zamieszkania/Oddział			
Rozpoznanie/dane kliniczne pacjenta			
MATERIAŁ			
<input type="checkbox"/> Krew cytrynianowa (dostarczyć w ciągu 2 godzin od pobrania, transport w temperaturze otoczenia 15-22°C) <input type="checkbox"/> Osocze ubogopłytkowe (dostarczyć zamrożone, transport w suchym lodzie) <input type="checkbox"/> Surowica (krew pobrana na skrzep, transport w temperaturze otoczenia 15-22°C)			
Data pobrania/...../.....	Godzina pobrania :	Data przyjęcia/...../.....	Godzina przyjęcia :
Czytelny podpis osoby pobierającej		Czytelny podpis osoby przyjmującej	
NAZWA BADANIA (proszę zaznaczyć kwadrat przy zleconym badaniu)			
<input type="checkbox"/> Oznaczenie czasu protrombinowego (INR) <input type="checkbox"/> Oznaczenie APTT (czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji) <input type="checkbox"/> Oznaczenie czasu trombinowego <input type="checkbox"/> Oznaczenie czasu batroksobinowego (reptylazowego) <input type="checkbox"/> Oznaczenie fibrynogenu (met. Claussa) <input type="checkbox"/> Ilościowe oznaczenie dimeru D (D-dimerów)		<input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika von Willebranda (kofaktora rystocetyny) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika von Willebranda (VWF Ac) <input type="checkbox"/> Oznaczenie antygenu czynnika von Willebranda <input type="checkbox"/> Wiązanie czynnika von Willebranda z czynnikiem VIII (met. ELISA; typ 2N VWD)	
<input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika II (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika V (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika VII (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika VIII (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika IX (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika X (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika XI (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika XIII (met. chromogenną)		<input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności antytrombiny (met. chromogenną, anty-IIa) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności antytrombiny (met. chromogenną, anty-Xa) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności białka C (met. chromogenną) <input type="checkbox"/> Oznaczenie antygenu wolnego białka S <input type="checkbox"/> Ocena oporności na aktywowane białko C (test APCR) <input type="checkbox"/> Oznaczenie testu potwierdzenia obecności antykoagulantu toczeniowego (w oparciu o dRVVT)	
<input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika XII (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności wielkocząsteczkowego kininogenu (met. koagulacyjną jednostopniową) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności prekalikreiny (met. koagulacyjną jednostopniową)		<input type="checkbox"/> Oznaczenie miana przeciwciał antykardiolipinowych w klasie IgG <input type="checkbox"/> Oznaczenie miana przeciwciał antykardiolipinowych w klasie IgM <input type="checkbox"/> Oznaczenie miana przeciwciał przeciw β -2-glikoproteinie I w klasie IgG <input type="checkbox"/> Oznaczenie miana przeciwciał przeciw β -2-glikoproteinie I w klasie IgM	
<input type="checkbox"/> Wykonanie testu korekcji APTT (testu na obecność krążącego antykoagulantu)		<input type="checkbox"/> Oznaczenie miana inhibitora czynnika VIII <input type="checkbox"/> Oznaczenie miana inhibitora czynnika IX	
BADANIA WYMAGAJĄCE INDYWIDUALNEGO UMÓWIENIA PRZED PRZYSŁANIEM MATERIAŁU			
<input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności czynnika VIII (met. chromogenną) <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności heparyny w osoczu (anty-Xa) <input type="checkbox"/> Oznaczenie stężenia rywaroksabanu [Xarelto®] w osoczu (anty-Xa; ng/ml) <input type="checkbox"/> Oznaczenie stężenia fondaparinyksu [Arixtra®] w osoczu (anty-Xa; µg/ml) <input type="checkbox"/> Oznaczenie stężenia apiksabanu [Eliquis®] w osoczu (anty-Xa; ng/ml) <input type="checkbox"/> Oznaczenie stężenia dabigatranu [Pradaxa®] w osoczu (anty-IIa; ng/ml) <input type="checkbox"/> Oznaczenie antygenu białka C <input type="checkbox"/> Oznaczenie aktywności białka S		<input type="checkbox"/> Automatyczny pomiar czynności płytek krwi PFA® COL/EPI <input type="checkbox"/> Automatyczny pomiar czynności płytek krwi PFA® COL/ADP <input type="checkbox"/> Ocena stopnia generacji trombiny (TGA, Technoclone®) <input type="checkbox"/> Ocena tromboelastometryczna skrzepu ROTEM Delta® na-TEM <input type="checkbox"/> Ocena tromboelastometryczna skrzepu ROTEM Delta® in-TEM <input type="checkbox"/> Ocena tromboelastometryczna skrzepu ROTEM Delta® ex-TEM <input type="checkbox"/> Ocena tromboelastometryczna skrzepu ROTEM Delta® fib-TEM <input type="checkbox"/> Ocena tromboelastometryczna skrzepu ROTEM Delta® ap-TEM	
Tryb wykonania badania/ badań* <input type="checkbox"/> NORMALNY <input type="checkbox"/> PILNY			
Lekarz zlecający badanie/-a		Osoby wyrażające zgodę na pokrycie kosztów badania/-ń	
..... Lekarz (podpis, pieczęćka)	 Główny księgowy (podpis, pieczęćka)	
..... Dyrektor (podpis, pieczęćka)			