



NAROČILNICA – LABORATORIJ ZA HEMOSTAZO IN ATEROTROMBOZO

Njegošev cesta 4
1000 Ljubljana
T 01/522 8051

Priimek in ime bolnice oz. bolnika: _____

Datum rojstva: _____

Št. zavarovane osebe (KZZ): _____

Datum in ura odvzema krvi: _____

Spol (obkrožite):

moški

ženski

Napotni zdravnik/zdravnica: _____

Napotna organizacija (plačnik): _____

Trenutna antitrombotična terapija: _____

Datum in ura zadnjega odmerka: _____

Trombocitna funkcija

- K-Zapiralni čas C/EPI
- K-Zapiralni čas C/ADP
- K-Zapiralni čas P2Y
- K- VerifyNow Aspirin
- K- VerifyNow P2Y12

Presejalne koagulacijske preiskave

- P-Protrombinski čas (PČ)
- P-APTČ
- P-Trombinski čas
- P-Fibrinogen
- P-Kriofibrinogen*
- P-D-dimer

Trombofilija

- P-Neodzivnost na APC
- K-Faktor V Leiden#
- K-Protrombin G20210A#
- P-Antitrombin: aktivnost
- P-Protein C: aktivnost
- P-Protein S: prosti antigen
- P-Lupusni antikoagulanti

Antikoagulacijska terapija

- P-Prilagojeni trombinski
- P-Anti-Xa (UFH, LMWH)
- P-Anti-Xa (fondaparin)
- P-Anti-Xa (rivaroksaban)
- P-Anti-Xa (apiksaban)
- P-Anti-Xa (edoksaban)

Lipidi in lipoproteini

- S-Holesteroli
- S-HDL-Holesterol
- S-LDL-Holesterol
- S-Trigliceridi
- S-Apolipoprotein A1
- S-Apolipoprotein B
- S-Lipoprotein(a)

* Potreben je predhodni dogovor (izvajamo samo za KOŽB)!

Gre za genetsko preiskavo, za katero je potrebno soglasje pacienta, ki je na voljo na spletu v Laboratorijskem vodniku UKC (Informacije → INTKOŽB → Splošno) ali na povezavi <https://kozbi.biarti.si/document/privolitev-v-molekularno-genetske-raziskave>

Datum: _____

Žig: _____

Podpis zdravnika: _____