

VEREPROOVI SAATEKIRI

PATSIENT

Eesnimi: _____
Perekonnanimi: _____
Isikukood/sünniaeg: _____
Vanus: _____
Sugu: M N

PATSIENTI NIMEKLEEPS

TELLIJA

Arst: _____
Tel: _____ Arsti kood: _____
Osakond/asutus: _____
Kuupäev: _____
Allkiri: _____

Patsiendi meespea!
Vereandmise koht ja aeg:
I korrus K125,
E-N kell 7.30-17.00,
R kell 7.30 - 16.00

• Enne proovi andmist istuda vähemalt 15 minutit.

NB! Gluc analüüsi korral vajalik eelnev vähemalt 2-tunnine paast.

Hematoloogilised uuringud

CBC CBC-5Diff Ret Smear-m ESR

Biokeemia uuringud

<input type="checkbox"/> Alb	<input type="checkbox"/> Fe	<input type="checkbox"/> IgA
<input type="checkbox"/> Bil	<input type="checkbox"/> Na	<input type="checkbox"/> IgG
<input type="checkbox"/> Bil-conj	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> IgM
<input type="checkbox"/> ASAT	<input type="checkbox"/> Ca	<input type="checkbox"/> C3
<input type="checkbox"/> ALAT	<input type="checkbox"/> iCa	<input type="checkbox"/> C4
<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> Cl	<input type="checkbox"/> EtOH
<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Digox
<input type="checkbox"/> ALP	<input type="checkbox"/> Mg	<input type="checkbox"/> Paracet
<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> NH4**	<input type="checkbox"/> Genta
<input type="checkbox"/> Amyl	<input type="checkbox"/> Transf	<input type="checkbox"/> Valpr
<input type="checkbox"/> Lip	<input type="checkbox"/> sTransf***	<input type="checkbox"/> Vanco
	<input type="checkbox"/> Transf-SR	

Immunoloogia uuringud

<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> Fer	<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> ROMA	<input type="checkbox"/> hCG	<input type="checkbox"/> CK-MBm	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> Vit D (25-OH)
<input type="checkbox"/> fT4	<input type="checkbox"/> Fol	<input type="checkbox"/> HE4	indeks	<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> cTnI-hs	<input type="checkbox"/> fPSA	<input type="checkbox"/> CCP IgG
<input type="checkbox"/> fT3	<input type="checkbox"/> Vit B12	<input type="checkbox"/> CA 15-3		<input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/> NT-proBNP		<input type="checkbox"/> IgE
<input type="checkbox"/> TPO IgG		<input type="checkbox"/> CA 19-9		<input type="checkbox"/> Prog	<input type="checkbox"/> Myogl		<input type="checkbox"/> tTG IgA
		<input type="checkbox"/> CEA		<input type="checkbox"/> Prol	<input type="checkbox"/> PCT		<input type="checkbox"/> tTG IgG
							<input type="checkbox"/> ANA IgG

Haigustekitajate uuringud

<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> T. Pallidum Ab	<input type="checkbox"/> B. burgdorferi IgG	<input type="checkbox"/> EBV Ab paneel	<input type="checkbox"/> C. pneumoniae IgA
<input type="checkbox"/> HBs Ab	<input type="checkbox"/> T. Pallidum IgG conf	<input type="checkbox"/> B. burgdorferi IgM	<input type="checkbox"/> Measles virus IgG	<input type="checkbox"/> C. pneumoniae IgG
<input type="checkbox"/> HBc Ab	<input type="checkbox"/> T. Pallidum IgM conf	<input type="checkbox"/> B. burgdorferi IgG conf	<input type="checkbox"/> Measles virus IgM	<input type="checkbox"/> C. pneumoniae IgM
<input type="checkbox"/> HBc IgM	<input type="checkbox"/> RPR	<input type="checkbox"/> B. burgdorferi IgM conf	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 IgG	<input type="checkbox"/> M. pneumoniae IgA
<input type="checkbox"/> HCV Ab	<input type="checkbox"/> RPR titr	<input type="checkbox"/> TBEV IgG	<input type="checkbox"/> B. pertussis IgA	<input type="checkbox"/> M. pneumoniae IgG
<input type="checkbox"/> HIV1, 2 Ag+Ab		<input type="checkbox"/> TBEV IgM	<input type="checkbox"/> B. pertussis IgG	<input type="checkbox"/> M. pneumoniae IgM

Hüübimisuuringud

<input type="checkbox"/> PT-INR	<input type="checkbox"/> APTEM	<input type="checkbox"/> PFA Col/Epi
<input type="checkbox"/> APTT	<input type="checkbox"/> HEPTEM	<input type="checkbox"/> PFA P2Y12
<input type="checkbox"/> Fibr	<input type="checkbox"/> D-Di	

Proovimaterjali võtmise kuupäev: _____ Kellaeg: _____ Proovivõtja nimi ja allkiri: _____

Selgitused:

* alla 18 a patsientide puhul märkida saatekirjale patsiendi pikkus sentimeetrites (cm)

** võtta eeljahutatud katsutisse ja tuua kohe laborisse

*** tellida koos Fe ja Transf-ga

LH-katsuti geeliga

K2E/K3E katsuti

9 NC katsuti

hüübimisaktivaatoriga katsuti

geeli ja hüübimisaktivaatoriga katsuti

glükolüüsi inhibiitoriga katsuti

4NC-katsuti