

ŽÁDANKA O IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ A O TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY

PŘÍJMENÍ		POZNÁMKA LABORATOŘE	Vyplňuje laboratoř
JMÉNO			
RODNÉ ČÍSLO			
POJIŠŤOVNA			
DIAGNÓZA (č.kód)			
NÁZEV ODDĚLENÍ		RAZÍTKO ODDĚLENÍ	JMÉNO A PODPIS LÉKAŘE
NÁKL. STŘEDISKO			
TELEFON			
ODBĚR (datum a čas)			
ODEBRAL(A)			

Požadované vzorky: nesrážlivá žilní krev odebraná do EDTA – 6 ml (fialový vacutainer)

Transfuzní anamnéza:	Požadované vyšetření:	X	Druh TP
Neznámá <input type="checkbox"/>	Krevní skupina		EBR TU**
Předchozí transfuze: ano / ne	Screening protilátek		ERD TU*
Transfuze v předchozích 28 dnech *: ano / ne	Zkouška kompatibility		PLAZMA TU*
Nepravidelné protilátky:	PAT (přímý antiglob. test)		Trombocyty (směsné) TU*
Potransfuzní reakce:	NAT (nepřímý antiglob. test)		Trombocyty (z aferézy) TU*
Porody <input type="checkbox"/> Potraty: <input type="checkbox"/>			Jiné TU*

 NALÉHAVOST: VITÁLNÍ INDIKACE STATIM REZERVA NA DATUM:

*) vyplňujte pouze pro pondělní operativu

**) jedna terapeutická dávka pro dospělého

Razítko laboratoře	Příjmení, jméno, rok narození pacienta:		
	Datum vyšetření:		Číslo vyšetření:
Krevní skupina:	Výsledek imunohematologického vyšetření:		
Číslo TP:			
KS a druh TP:			
Výsledek zkoušky kompatibility:	Kompatibilní platnost testu do:	Kompatibilní platnost testu do:	Kompatibilní platnost testu do:
Výdej:			
Podání datum a čas:			
Zajišťovací zk.ouška :			
Biologická zk.ouška :			
Komplikace:			
Transfuzi provedl:			

Laboratorní vyšetření provedl (razítko a podpis):