

Oddělení klinických laboratoří - imunohematologie  
tel.: 311 556 505

## ŽÁDANKA O PRENATÁLNÍ IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

<b>PŘÍJMENÍ</b>		<b>POZNÁMKA LABORATOŘE</b>	Vyplňuje laboratoř
<b>JMÉNO</b>			
<b>Č. POJIŠTĚNCE</b>			
<b>POJIŠŤOVNA</b>			
<b>DIAGNÓZA (ČÍS. KÓD)</b>			
<b>ODDĚLENÍ (LÉKAŘ)</b>		<b>RAZÍTKO ODDĚLENÍ</b>	
<b>IČP</b>			
<b>ODBORNOST</b>			
<b>TELEFON</b>			
<b>ODBĚR (DATUM A ČAS)</b>		<b>JMÉNO A PODPIS LÉKAŘE</b>	
<b>ODEBRAL</b>			

Požadované vzorky: nesrážlivá žilní krev odebraná do EDTA – 7 ml – zkumavka Vacutainer s fialovým uzávěrem

### Vyšetření zahrnuje:

krevní skupina, screening antierytrocytárních protilátek, event. D<sup>w</sup>

Poznámka k požadovanému vyšetření:

### Anamnéza:

Porody	ne <input type="checkbox"/>	ano <input type="checkbox"/>
Potraty	ne <input type="checkbox"/>	ano <input type="checkbox"/>
UPT	ne <input type="checkbox"/>	ano <input type="checkbox"/>
Transfuze	ne <input type="checkbox"/>	ano <input type="checkbox"/>
Amniocentesa	ne <input type="checkbox"/>	ano <input type="checkbox"/>
Profylaxe anti-D	ne <input type="checkbox"/>	ano <input type="checkbox"/> kdy:
Imunizace v předchozí graviditě	ne <input type="checkbox"/>	ano <input type="checkbox"/> jaká:
Týden / Trimestr těhotenství		