

Příjem vzorku: Vzorek přijal:
--

Žádanka o imuno hematologické vyšetření a o transfuzní přípravky / krevní deriváty

Pacient (nalepit štítek nebo čitelně vypsát)	Identifikace a podpis lékaře
Příjmení:	IČP, odbornost, adresa, telefon
Jméno:	
Číslo pojištěnce:	
Pojišťovna:	
Diagnóza:	
Pohlaví: Muž: <input type="checkbox"/> Žena: <input type="checkbox"/>	Datum ordinace:

Časová naléhavost vyšetření			
<input type="checkbox"/> Rutina	<input type="checkbox"/> Statim	<input type="checkbox"/> Vitální indikace	<input type="checkbox"/> Nekřížit

Anamnéza			
Krevní skupina (je-li známa)			
Imunní protilátky v anamnéze	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO (jaké):	
Předchozí transfuze	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	
Potransfuzní reakce	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO (jaká)	
Počet porodů:	Počet potratů:		

Anamnéza těhotné			
Těhotenství pořadí:		Týden:	
Anti-D profylaxe	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO (datum, ve kterém týdnu gravidity)	

Požadované vyšetření
<input type="checkbox"/> Krevní skupina
<input type="checkbox"/> Opis krevní skupiny
<input type="checkbox"/> Screening protilátek
<input type="checkbox"/> Test kompatibility
<input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test
<input type="checkbox"/> Jiné

Vyšetření u novorozence
<input type="checkbox"/> Krevní skupina
<input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test

Druh primárního vzorku	<input type="checkbox"/> Žilní krev	<input type="checkbox"/> Pupečnicková krev	<input type="checkbox"/> Arteriální krev
-------------------------------	-------------------------------------	--	--

Žádáme o transfuzní přípravky		
K podání (datum, čas)		
	Počet	
<input type="checkbox"/> Erytrocyty de leukotizované - ERD		TU
<input type="checkbox"/> Plazma- P		TU
<input type="checkbox"/> Autotransfuze - AUT ERD + AUT P		TU
<input type="checkbox"/> Trombocyty - TBSDR / TAD		T.D.
<input type="checkbox"/> Krevní deriváty (druh, množství)		

Datum a čas odběru:
Identifikace odebírající osoby a podpis:

Výdej objednaného transfuzního přípravku na oddělení probíhá na základě písemného požadavku (identifikační štítek pacienta, druh a počet TP).