FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Transfuzní oddělení
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň
IČO: 00669806
IČP: 44101000

ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Kontakt: tel.: Krevní sklad Bory 377 402 555
Laboratoř prenatální 377 402 831
Laboratoř HLA 377 402 829
Krevní sklad Lochotín 377 104 931
Laboratoř speciální imunohematologie 377 402 833
Laboratoř infekčních markerů 377 402 844

Vyplňujte černou nebo modrou barvou: **správně** ■ **chybně** ☒

PACIENT *(lze unifikovaný štítek)*
Rodné číslo: | | | | | | | | | | |
(není-li RČ, pak datum narození nebo náhradní identifikace)
Příjmení, jméno, titul:
Adresa:
Pojišťovna: **Hlavní diagnóza:**
St. příslušnost (u cizinců): **Pohlaví:** ☐ M ☐ Ž

LÉKAŘ *(žadatel)*
Razítko pracoviště a lékaře:
Telefon žadatele:
IČP: **Odbornost:**
Datum a podpis lékaře:

Žádanka číslo:
(vyplní laboratoř)
Datum a hodina odběru:
Vzorek odebral(a):
Odebírající svým podpisem na průvodce ručí za správný odběr vzorku a jeho transport dle Laboratorní příručky.

Další sdělení pro laboratoř *(údaje o pacientovi)*
Potransfuzní reakce: ☐ ne ☐ ano kdy: jaké:
Imunní protilátky: ☐ **nezjištěny** ☐ **zjištěny:** kdy: jaké:
Transplantace kostní dřeně: ☐ ne ☐ ano KS příjemce: KS dárce:
Nestejnoskupinová orgánová transplantace: ☐ ne ☐ ano KS příjemce: KS dárce:

Transfuze *(počet, kdy):*
Počet porodů: **Počet potratů:** **Týden gravidity:** **Termín porodu:**
Matka novorozence
Jméno:
Rodné číslo: **Krevní skupina:**
Aplikace anti-D profylaxe: ☐ ne ☐ ano - kdy:

VYŠETŘENÍ **Druh primárního vzorku:** ☐ **krev** ☐ **pupečníková krev** ☐ **jiný** (vypsat)

Krevní sklad a laboratoř speciální imunohematologie	Laboratoř prenatální ■	Laboratoř infekčních markerů ■	Laboratoř HLA
☐ **RUTINA**	☐ **RUTINA**	☐ **RUTINA** ☐ **STATIM **)**	☐ **RUTINA** ☐ **STATIM **)**
☐ krevní skupina AB0 Rh(D) ■	☐ krevní skupina AB0 Rh(D)	☐ HIV Ag/Ab	☐ HLA typizace I. třídy A, B (PCR-SSP) !●
☐ titrace aglutininu ☐ anti A ☐ anti B ▲	☐ antierytrocytární protilátky	☐ HBsAg	☐ HLA typizace II. třídy DRB1, DQB1 (PCR-SSP) !●
☐ erytrocytární antigeny !!■	☐ HIV Ag/Ab	☐ anti-HBc total.	☐ HLA B27 (sérologická typizace) ◘
☐ antierytrocytární protilátky (NAT ...) ■ nebo ▲	☐ HBsAg	☐ anti-HCV	☐ HLA B*27 (PCR-SSP) !●
☐ chladové aglutininy (protilátky) #	☐ syphilis TP	☐ HCV Ag	☐ trombocytární protilátky (DIFT) ▲
☐ imunní protilátky (IgG) ☐ anti A ☐ anti B ▲	☐ RPR	☐ syphilis TP	☐ anti-HLA protil. (LCT) ▲
☐ přímý antiglobulinový test (PAT) ▲ nebo ■	☐ jiné *)	☐ RPR	☐ Cross-match (LCT) *) ▲
☐ upřesnění senzibilizace erytrocytů ▲ nebo ■		☐ anti-CMV IgG	
☐ vyšetření hemolytických anemií *)		☐ anti-CMV IgM	☐ weak D / partial D (PCR) !●
☐ při susp. AIHA (WAIHA, CAD, PCH, smíš.typ) ★			☐ Rh - type (PCR) !●
☐ při susp. PNH: ID PNH test (DAF, MIRL) ▲ nebo ■			☐ erytrocytární antigeny (PCR) !●
			☐ jiné *)
☐ vysycení plazmy pomocí PEG *)			
☐ jiné *)			

Datum a hodina přijetí do laboratoře:
Kontroloval - podpis:

▲= 6 ml srážlivé krve bez gelu ■= 6 ml nesrážlivé krve, EDTA ◘= 9 ml nesrážlivé krve (Sodium Heparin) ●= 2 ml nesrážlivé krve, EDTA ★= 12 ml nesrážlivé krve, EDTA + 6 ml srážlivé krve, nutno dodat za tepla (37°C) na TO, nebo zajistit oddělení séra a krvinek ihned po odběru # = 6 ml srážlivé krve, nutno dodat za tepla (37°C) na TO, nebo zajistit oddělení séra a krvinek ihned po odběru !! = před zahájením krevních převodů nebo s odstupem min. 120 dnů od poslední transfuze KS = krevní skupina ! = PCR metody - nutno zaslat souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením (FNL/0063) LCT = lymfocytotoxický test

P/004/2020 FNL/0036/06

DIFT = destičkový imunofluorescenční test *) po předchozí telefon. domluvě * *) po předchozí telefon. domluvě, statimové vyšetření se provádí pouze u dárců krve a dárců orgánů k transplantaci