

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

PACIENT (Ize unifikovaný štítek) Rodné číslo: <input type="text"/> (není-li RČ, pak datum narození nebo náhradní identifikace) Příjmení, jméno, titul: Adresa: Pojišťovna: Hlavní diagnóza: Pohlaví: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž St. příslušnost (u cizinců):		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):	
Počet porodů:	Počet potratů:	Týden gravidity:	Termín porodu:		
Matka novorozence	Jméno:	RČ:	KS:		
Aplikace anti-D(Rh) imunoglobulinu: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - kdy:					
Transfuze (počet, kdy):		Potransfuzní reakce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - kdy:	jaké:		
Transplantace kostní dřeně: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano KS příjemce:		KS dárce:			
Imunní protilátky: <input type="checkbox"/> nezjištěny <input type="checkbox"/> zjištěny - kdy:		jaké:			
Nestejnoskupinová orgánová transplantace: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano KS příjemce:		KS dárce:			
DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi) KS pacienta, je-li známa: <input type="text"/>		POŽADAVEK <input type="checkbox"/> SÉRIE <input type="checkbox"/> STATIM <input type="checkbox"/> VITÁLNÍ INDIKACE		Na den: Na hodinu:	
Druh primárního vzorku: <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> pupečnicková krev					
Laboratorní vyšetření ▲		Transfuzní přípravek	Počet TU	Deleukotizace	Jiný požadavek
<input type="checkbox"/> Krevní skupina		<input type="checkbox"/> Erytrocyty		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> Screening protilátek		<input type="checkbox"/> Trombocyty			
<input type="checkbox"/> Test kompatibility		<input type="checkbox"/> Plazma		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> Erytrocytární antigeny C,c,E,e,Cw,Kell					
Datum a hodina přijetí do laboratoře:			Kontroloval - podpis:		

▲ = 6 ml nesrážlivé žilní krve (EDTA), KS: krevní skupina

VYPLŇUJE LABORATOŘ:

Jméno pacienta:												
Výsledky předtransfuzního vyšetření												
KREVNÍ SKUPINA							SCREENING			IDENTIFIKACE PROTILÁTEK		
Aglutinogeny	sklo	zkumavka	karta	Aglutiny	zkumavka	karta	Č.	enzym	NAT	Č.	enzym	NAT
anti-A				Ery A ₁			I			1		
anti-B				Ery B			II			2		
anti-AB				Ery 0			III			3		
anti-D I				podskupina			IV			4		
anti-D II				anti-A ₁			I			5		
ctl.				anti-H			II			6		
fenotyp							III			7		
TEST KOMPATIBILITY							IV			8		
Číslo přípravku	Druh TP	KS	L/NAT	enzym	ZÁVĚR	Datum	Podpis			9		
										10		
										11		
										vl.		
										PAT		