

ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

PACIENT (lze nalepit identifikační štítek)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO:

ČÍSLO POJIŠTĚNCE:

POHLAVÍ: M Ž

POJIŠŤOVNA:

DIAGNÓZA:

Žádanka číslo: (vyplní laboratoř)

MATERIÁL: **KREV**

PUPEČNÍKOVÁ KREV

ANAMNÉZA PACIENTA

Krevní skupina:

Transfuze v posledních 3 měsících: ano / ne

Hematologický/hematoonkologický pacient: ano / ne

Transplantace kostní dřeně/orgánu: ano / ne

Biologická léčba v posledních 6 měsících: ano / ne

Počet porodů: Potratů:

Těhotenství (počet, týden gravidity):

Anti-D profylaxe (kdy): ano / ne

Potransfuzní reakce: ano / ne

Antiery. protilátky: ano / ne

Typ protilátky:

VITÁLNÍ INDIKACE (pouze u TP) **STATIM** (pouze u imuno hematologie a TP) **RUTINA**

IMUNOHEMATOLOGIE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krevní skupina AB0 RhD | <input type="checkbox"/> Identifikace antierytrocytárních protilátek |
| <input type="checkbox"/> Screening nepravidelných protilátek | <input type="checkbox"/> Titrace antierytrocytárních protilátek |
| <input type="checkbox"/> Test kompatibility | <input type="checkbox"/> Vyšetření volných protilátek (anti-A, anti-B) |
| <input type="checkbox"/> Vyšetření erytrocytárních antigenů | <input type="checkbox"/> Vyšetření potransfuzní reakce |
| <input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test (PAT) | <input type="checkbox"/> Opis krevní skupiny |
| <input type="checkbox"/> PAT rozšířený (IgG, IgA, IgM, C3c, C3d) | |
| <input type="checkbox"/> PAT kvalitativní a kvantitativní stanovení podtříd IgG | |

INFEKČNÍ MARKERY

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV Ab/Ag | <input type="checkbox"/> HBsAg |
| <input type="checkbox"/> HCV Ab | <input type="checkbox"/> Syphilis |

POŽADAVEK NA TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY (TP)

Transfuzní přípravek:

Požadovaný počet:

Jiný požadavek:

erytrocyty

trombocyty

plazma

autotransfuze

(ozáření, ...)

na den:

na hodinu:

ŽADATEL:

oddělení:

datum a čas odběru:

IČP:

podpis sestry:

IČZ:

podpis lékaře: