

ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ NOVOROZENCE

NOVOROZENEK (lze nalepit identifikační štítek)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO:

ČÍSLO POJIŠTĚNCE:

POHLAVÍ: M Ž

POJIŠŤOVNA:

DIAGNÓZA:

Žádanka číslo: (vyplní laboratoř)

MATERIÁL: **KREV**

PUPEČNÍKOVÁ KREV

MATKA (lze nalepit identifikační štítek)

PŘÍJMENÍ, JMÉNO:

ČÍSLO POJIŠTĚNCE:

POHLAVÍ: M Ž

POJIŠŤOVNA:

DIAGNÓZA:

MATKA

Krevní skupina:

Počet porodů:

Počet potratů:

Anti-D profylaxe: ano / ne

(kdy):

STATIM

RUTINA

VYŠETŘENÍ NOVOROZENCE

- Krevní skupina AB0 RhD
- Přímý antiglobulinový test (PAT)
- Vyšetření volných protilátek (anti-A, anti-B)
- Screening nepravidelných protilátek (NAT)
- Identifikace antierytrocytárních protilátek

INFEKČNÍ MARKERY

- HIV Ab/Ag
- HBsAg
- HCV Ab
- Syphilis

ŽADATEL:

oddělení:

datum a čas odběru:

IČP:

podpis sestry:

IČZ:

podpis lékaře: