

## ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ NOVOROZENCE

**NOVOROZENEK** (Ize nalepit identifikační štítek)

**JMÉNO, PŘÍJMENÍ:**

**ČÍSLO POJIŠTĚNCE:**

**POJIŠŤOVNA:**

**DIAGNÓZA:**

Žádanka číslo: (vyplní laboratoř)

**MATERIÁL:**  **PUPEČNÍKOVÁ KREV**

**KREV**

**MATKA**

Krevní skupina:

Počet porodů:      potratů:      Anti-D profylaxe:      ano / ne      (kdy):

**STATIM**

**RUTINA**

### VYŠETŘENÍ NOVOROZENCE

Krevní skupina AB0 RhD

Screening nepravidelných protilátek (NAT)

Přímý antiglobulinový test (PAT)

Identifikace antierytrocytárních protilátek

Vyšetření volných protilátek (anti-A, anti-B)

### INFEKČNÍ MARKERY

HIV Ab/Ag

HBsAg

HCV Ab

Syphilis

**ŽADATEL:**

oddělení:

datum a čas odběru:

IČP:

podpis sestry:

IČZ:

podpis lékaře:

## VÝSLEDKOVÝ LIST NOVOROZENCE

**NOVOROZENEK** (identifikační štítek)

Žádanka číslo:

Došlo dne:

**MATERIÁL:**  **PUPEČNÍKOVÁ KREV**

**KREV**

### VÝSLEDEK VYŠETŘENÍ

Krevní skupina AB0 RhD:

HIV Ab/Ag:

PAT:

Syphilis:

Volné protilátky (anti-A, anti-B):

HBsAg:

NAT (event. identifikace Ab):

HCV Ab:

Razítko laboratoře:

Vyšetření provedl(a):

Datum: