

ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

PACIENT (Ize nalepit identifikační štítek)

JMÉNO, PŘÍJMENÍ:

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

Krevní skupina AB0 RhD

Screening nepravidelných protilátek

Přímý antiglobulinový test

Vyšetření erytrocytárních antigenů

Test kompatibility

Identifikace antierytrocytárních protilátek

Titrace antierytrocytárních protilátek

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

Vyšetření potransfuzní reakce

Opis krevní skupiny

INFEKČNÍ MARKERY

HIV Ab/Ag

HCV Ab

HBsAg

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:

|