

Příjem vzorku:

Vzorek přijal:

Žádanka o imuno hematologické vyšetření a o transfuzní přípravky / krevní deriváty

Pacient (nalepit štítek nebo čitelně vypsát)	
Příjmení:	
Jméno:	
Číslo pojištění:	
Pojišťovna:	
Diagnóza:	
Pohlaví: Muž: ☐ Žena: ☐	

Identifikace a podpis lékaře	
IČP, odbornost, adresa, telefon	
Datum ordinace:	

Časová naléhavost vyšetření			
☐ Rutina	☐ Statim	☐ Vitální indikace	☐ Nekřížít

Anamnéza			
Krevní skupina (je-li známa)			
Imunní protilátky v anamnéze	☐ NE	☐ ANO (jaké):	
Předchozí transfuze	☐ NE	☐ ANO	
Potransfuzní reakce	☐ NE	☐ ANO (jaká)	
Počet porodů:	Počet potratů:		

Anamnéza těhotné		
Těhotenství pořadí:	Týden:	
Anti-D profylaxe	☐ NE	☐ ANO (datum, ve kterém týdnu gravidity)

Požadované vyšetření
☐ Krevní skupina
☐ Opis krevní skupiny
☐ Screening protilátek
☐ Test kompatibility
☐ Přímý antiglobulinový test
☐ Jiné

Vyšetření u novorozence
☐ Krevní skupina
☐ Přímý antiglobulinový test

Druh primárního vzorku	☐ Žilní krev	☐ Pupečnicková krev	☐ Arteriální krev
------------------------	-------------------------------------	--	--

Žádáme o transfuzní přípravky		
K podání (datum, čas)		
	Počet	
☐ Erytrocyty deleukotizované - ERD		TU
☐ Plazma- P		TU
☐ Autotransfuze - AUT ERD + AUT P		TU
☐ Trombocyty - TBSDR / TAD		T.D.
☐ Krevní deriváty (druh, množství)		

Datum a čas odběru:
Identifikace odebírající osoby a podpis:

Výdej objednaného transfuzního přípravku na oddělení probíhá na základě písemného požadavku (identifikační štítek pacienta, druh a počet TP).