FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Transfúzní oddělení

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň
IČO: 00669806
IČP: 44101000

ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Kontakty: Krevní sklad Bory 377 402 555 | Krevní sklad Lochotín 377 104 931
Laboratoř prenatální 377 402 831 | Laboratoř speciální imunohematologie 377 402 833
Laboratoř HLA 377 402 829 | Laboratoř infekčních markerů 377 402 844

Vyplňujte černou nebo modrou barvou: **správně** ■ **chybně** ☒

PACIENT *(lze unifikovaný štítek)*
Rodné číslo: | | | | | | | | | | |
(není-li RČ, pak datum narození nebo náhradní identifikace)
Příjmení, jméno, titul:
Adresa:
Pojišťovna: **Hlavní diagnóza:**
St. příslušnost (u cizinců): **Pohlaví:** ☐ M ☐ Ž

LÉKAŘ *(žadatel)*
Razítko pracoviště a lékaře:
Telefon žadatele:
IČP: **Odbornost:**
Datum a podpis lékaře:

Žádanka číslo:
(vyplní laboratoř)
Datum a hodina odběru:
Vzorek odebral(a):
Odebírající svým podpisem na průvodce ručí za správný odběr vzorku a jeho transport dle Laboratorní příručky.

Další sdělení pro laboratoř *(údaje o pacientovi)*
Transfúze *(počet):*
Počet porodů: **Počet potratů:** **Týden gravidity:** **Termín porodu:**
Potransfúzní reakce: ☐ ne ☐ ano
Imunní protilátky: ☐ **nezjištěny** ☐ **zjištěny:** kdy: jaké:
Transplantace kostní dřeně: ☐ ne ☐ ano KS příjemce: KS dárce:
Matka novorozence **Jméno:**
Rodné číslo: **Krevní skupina:**
Aplikace anti-D(Rh) imunoglobulinínu: ☐ ne ☐ ano - kdy:

VYŠETŘENÍ **Druh primárního vzorku:** ☐ **krev** ☐ **pupečníková krev** ☐ **jiný** (vypsat)

Krevní sklad a laboratoř speciální imunohematologie	Laboratoř prenatální ▲	Laboratoř infekčních markerů ■	Laboratoř HLA
☐ **RUTINA**	☐ **RUTINA**	☐ **RUTINA** ☐ **STATIM **)**	☐ **RUTINA** ☐ **STATIM **)**
☐ krevní skupina AB0 RhD ▲	☐ krevní skupina AB0 RhD	☐ HIV Ag/Ab	☐ HLA typizace I.tř. ◘
☐ titrace aglutininu ☐ anti A ☐ anti B ▲	☐ antierytrocytární protilátky	☐ HBsAg	☐ HLA typizace II.tř. ●
☐ erytrocytární antigeny jaké: ▲!!	☐ HIV Ag/Ab	☐ anti-HCV	☐ HLA B27 ◘
☐ antierytrocytární protilátky (NAT ...) ▲	☐ HBsAg	☐ syphilis TP	☐ trombocytární protilátky +) ♣
☐ chladové aglutininy (protilátky) #	☐ syphilis TP	☐ RPR	☐ lymfocytární protil. (LCT test) ♣
☐ imunní protilátky ☐ anti A ☐ anti B	☐ RPR	☐ anti-HBc total.	☐ Cross-match *)
☐ přímý antiglobulinový test (PAT) ▲ nebo ☼	☐ jiné *)	☐ anti-CMV IgG	☐ jiné *)
☐ upřesnění senzibilizace erytrocytů ▲ nebo ☼		☐ anti-CMV IgM	
☐ vyšetření hemolytických anemií *)			
☐ při susp. AIHA (WAIHA, CAD, PCH, smíš.typ) ★			
☐ při susp. PNH: ID PNH test (DAF, MIRL) ☼			
☐ jiné *)			

Datum a hodina přijetí do laboratoře:
Kontroloval - podpis:

▲= 6 ml srážlivé krve bez gelu ■= 6 ml srážlivé krve ◘= 9 ml nesrážlivé krve (Sodium Heparin) ●= 2 ml, EDTA ♣= 6 ml srážlivé krve bez gelu ★= 12 ml nesrážlivé krve + 18 ml srážlivé krve, nutno dodat za tepla (37°C) na TO, nebo zajistit oddělení séra a krvinek ihned po odběru # = 6 ml srážlivé krve, nutno dodat za tepla (37°C) na TO, nebo zajistit oddělení séra a krvinek ihned po odběru !! = před zahájením krevních převodů nebo s odstupem min. 120 dnů od poslední transfuze ☼= 6 ml nesrážlivé krve bez gelu

+) imunofluorescenční test *) po předchozí telefon. domluvě * *) po předchozí telefon. domluvě, statimové vyšetření se provádí pouze u dárců krve a dárců orgánů k transplantaci

PRACANT 053/2011 FNL 0036/02