

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

PACIENT (Ize unifikovaný štítek) Rodné číslo: <input type="text"/> (není-li RČ, pak datum narození nebo náhradní identifikace) Příjmení, jméno, titul: Adresa: Pojišťovna: Hlavní diagnóza: Pohlaví: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž St. příslušnost (u cizinců):		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):	
Počet porodů: Počet potratů: Týden gravidity: Termín porodu:		Matka novorozence Jméno: RČ: KS:		Aplikace anti-D(Rh) imunoglobulinu: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - kdy:	
Transfúze (počet): Potransfúzní reakce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		Transplantace kostní dřeně: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano KS příjemce: KS dárce:		Imunní protilátky: <input type="checkbox"/> nezjištěny <input type="checkbox"/> zjištěny - kdy: jaké:	
DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi) KS pacienta, je-li známa: <input type="text"/>		POŽADAVEK <input type="checkbox"/> SÉRIE <input type="checkbox"/> STATIM <input type="checkbox"/> VITÁLNÍ INDIKACE (zkouška kompatibility nedokončena) <input type="checkbox"/> UNIVERZÁLNÍ KREV 0 Rh(D) negativní (bez zkoušky kompatibility)		Na den: Na hodinu:	
Druh primárního vzorku: <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> pupečnicková krev		Laboratorní vyšetření ▲		Transfúzní přípravek	
<input type="checkbox"/> Krevní skupina <input type="checkbox"/> Screening protilátek <input type="checkbox"/> Test kompatibility		<input type="checkbox"/> Erytrocyty <input type="checkbox"/> Trombocyty <input type="checkbox"/> Plazma		Počet TU Deleukotizace <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Datum a hodina přijetí do laboratoře:		Kontroloval - podpis:			

▲ = 6 ml srážlivé žilní krve (Serum Clot Activator)

VYPLŇUJE LABORATOŘ:											Žádanka číslo:			
Jméno pacienta:														
Výsledky předtrasfúzního vyšetření														
KREVNÍ SKUPINA							SCREENING			PANEL ERY.				
Aglutinogeny	sklo	zkumavka	karta	Aglutiny	zkumavka	karta	Č.	enzym	NAT	Č.	enzym	NAT		
anti-A				Ery A ₁			I			1				
anti-B				Ery B			II			2				
anti-AB				Ery 0			III			3				
anti-D I				podskupina			IV			4				
anti-D II				anti-A ₁			I			5				
anti-D+D ^{wv}				anti-H			II			6				
fenotyp				anti-A ₁ B			III			7				
TEST KOMPATIBILITY							IV			8				
Číslo přípravku	Druh TP	KS	L/NAT	enzym	ZÁVĚR	Datum	Podpis			9				
										10				
										11				
										vl.				
										PAT				