

Vyplňujte černou nebo modrou barvou: **správně** ■ **chybně** f☑

PACIENT (Ize unifikovaný štítek) Rodné číslo: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (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, kdy): Potransfuzní reakce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - kdy: jaké:												
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:												
Nestejnoskupinová orgánová transplantace: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano KS příjemce: KS dárce:		DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi) KS pacienta, je-li známa: <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>												
Druh primárního vzorku: <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> pupečnicková krev		POŽADAVEK <input type="checkbox"/> SÉRIE <input type="checkbox"/> STATIM <input type="checkbox"/> VITÁLNÍ INDIKACE (univerzální krev 0 Rh(D) negativní nebo krev skupinově kompatibilní - v obou případech bez zkoušky kompatibility)												
Na den: Na hodinu:		Datum a hodina přijetí do laboratoře: Kontroloval - podpis:												

↘ ↗ = 6 ml nesrážlivé žilní krve (EDTA), KS: krevní skupina

VYPLŇUJE LABORATOŘ:

Jméno pacienta:												
Výsledky předtransfuzního vyšetření												
KREVNÍ SKUPINA							SCREENING			IDENTIFIKACE PROTILÁTEK		
Aglutinogeny	sklo	zkumavka	karta	Aglutiny	zkumavka	karta	Č.	enzym	NAT	Č.	enzym	NAT
anti-A				Ery A ₁			I			1		
anti-B				Ery A ₂			II			2		
anti-AB				Ery B			III			3		
anti-D I				Ery 0			IV			4		
anti-D II				podskupina			I			5		
ctl.				anti-A ₁			II			6		
fenotyp				anti-H			III			7		
TEST KOMPATIBILITY							IV			8		
Číslo přípravku	Druh TP	KS	LISS/NAT	enzym	ZÁVĚR	Datum	Podpis					
									9			
									10			
									11			
									vl.			
									PAT			