



PACIENT (Ize unifikovaný štítek) Rodné číslo (není-li RČ, pak datum narození nebo náhradní identifikace) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> Příjmení, jméno, titul: Pojišťovna: Hlavní diagnóza:	LÉKAŘ (žadatel) Razítko pracoviště a lékaře: Telefon žadatele: IČP: Odbornost: Datum: Podpis lékaře:	Žádanka číslo: (vyplní laboratoř) Datum a hodina odběru: Vzorek odebrala:		
Počet porodů: Počet potratů:				
Jméno novorozence:				
Transfuze (počet): Potransfuzní reakce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano				
Imunní protilátky: <input type="checkbox"/> nezjištěny <input type="checkbox"/> zjištěny - kdy jaké:				
DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi) KS pacienta, je-li známa:		POŽADAVEK <input type="checkbox"/> RUTINA <input type="checkbox"/> STATIM <input type="checkbox"/> VITÁLNÍ INDIKACE (zkouška kompatibility nedokončena) <input type="checkbox"/> Univerzální krev Rh(D) negativní (bez zkoušky kompatibility)		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>				
Druh primárního vzorku <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> pupečnicková krev				
Laboratorní vyšetření ▲	Transfuzní přípravek	Počet TU	Deleukotizace	Jiný požadavek
<input type="checkbox"/> Krevní skupina	<input type="checkbox"/> Erytrocyty		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
<input type="checkbox"/> Screening protilátek	<input type="checkbox"/> Trombocyty			
<input type="checkbox"/> Test kompatibility	<input type="checkbox"/> Plazma			
<input type="checkbox"/> Přímý Coombsův test ● ▲	<input type="checkbox"/> Autotransfuze			

▲ = srážlivá žilní krev bez gelu ● = nesrážlivá žilní krev

VYPLŇUJE LABORATOŘ !

Žádanka číslo:

Jméno pacienta:

Rok narození:

Datum:

VÝSLEDKY PŘEDTRANSFUZNÍHO VYŠETŘENÍ

KREVNÍ SKUPINA

SCREENING PROTILÁTEK

TEST KOMPATIBILITY

EXPIRACE

VÝDEJ

Číslo přípravku

Druh TP

KS

ZÁVĚR

Laboratoř:

Podpis: