



PACIENT (Ize unifikovaný štítek)		LÉKAŘ (žadatel)		Žádanka číslo: (vyplní laboratoř)									
Rodné číslo (není-li RČ, pak datum narození nebo náhradní identifikace)		Razítko pracoviště a lékaře:		Datum a hodina odběru:									
<table border="1" style="width:100%; height:30px;"> <tr> <td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td><td style="width:25px;"> </td> </tr> </table>													
Příjmení, jméno, titul:		IČP:		Odbornost:									
Pojišťovna:		Hlavní diagnóza:		Vzorek odebrala:									
Podpis lékaře:		Datum:											
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)		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)									
KS pacienta, je-li známa:		Na den:		Na hodinu:									
<table border="1" style="width:100%; height:80px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="width:100%; height:80px;"> <tr><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="width:100%; height:80px;"> <tr><td> </td></tr> </table>							
Druh primárního vzorku <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> pupečnicková krev													
Laboratorní vyšetření ▲		Transfuzní přípravek		Počet TU									
<input type="checkbox"/> Krevní skupina		<input type="checkbox"/> Erytrocyty		Deleukotizace <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											
Jiný požadavek													

VYPLŇUJE LABORATOŘ !**Žádanka číslo:****Jméno pacienta:****Rok narození:****Datum:****VÝSLEDKY PŘEDTRANSFUZNÍHO VYŠETŘENÍ****KREVNÍ SKUPINA****SCREENING PROTILÁTEK**

Anti - A A1

Anti - B A2

Anti - AB B

Anti - D(1) 0

Anti - D(2)

TEST KOMPATIBILITY**EXPIRACE****VÝDEJ****Číslo přípravku****Druh TP****KS****ZÁVĚR****Laboratoř:****Podpis:**

verze 1-2019