



PACIENT (Ize unifikovaný štítek) Rodné číslo (není-li RČ, pak datum narození nebo náhradní identifikace) <input type="text"/> 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: <input type="text"/>		POŽADAVEK Na den: Na hodinu:		<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)	
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			

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