



<b>PACIENT</b> (Ize unifikovaný štítek) <b>Rodné číslo</b> (není-li RČ, pak datum narození nebo náhradní identifikace) <table border="1" style="width: 100%; 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> <b>Příjmení, jméno, titul:</b>  <b>Pojišťovna:</b> <b>Hlavní diagnóza:</b>												<b>LÉKAŘ</b> (žadatel) <b>Razítko pracoviště a lékaře:</b>  <b>Telefon žadatele:</b> <b>IČP:</b> <b>Odbornost:</b>  <b>Datum:</b> <b>Podpis lékaře:</b>		<b>Žádanka číslo:</b> (vyplní laboratoř)  <b>Datum a hodina odběru:</b>  <b>Vzorek odebrala:</b>	
<b>Počet porodů:</b>		<b>Počet potratů:</b>													
<b>Jméno novorozence:</b>															
<b>Transfuze</b> (počet):		<b>Potransfuzní reakce:</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano													
<b>Imunní protilátky:</b> <input type="checkbox"/> nezjištěny <input type="checkbox"/> zjištěny - kdy <b>jaké:</b>															
<b>DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ</b> (údaje o pacientovi) <b>KS pacienta, je-li známa:</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"><tr><td></td></tr></table>			<b>POŽADAVEK</b> <b>Na den:</b> <b>Na hodinu:</b>		<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)										
<b>Druh primárního vzorku</b> <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> pupečnicková krev															
<b>Laboratorní vyšetření</b> ▲	<b>Transfuzní přípravek</b>	<b>Počet TU</b>	<b>Deleukotizace</b>	<b>Jiný požadavek</b>											
<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**

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