

PACIENT (Ize unifikovaný štítek) Rodné číslo (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> Příjmení, jméno, titul: Pojišťovna: Hlavní diagnóza:												LÉKAŘ (žadatel) Razítko pracoviště a lékaře: Telefon žadatele: IČP: Odbornost: Podpis lékaře:		Žádanka číslo: (vyplní laboratoř) Datum a hodina odběru:
Další sdělení pro laboratoř (údaje o pacientovi)		Počet porodů:	Týden gravidity:											
Transfuze (počet)		Počet potratů:	Termín porodu:											
Potransfuzní reakce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> anc														
Imunní protilátky: <input type="checkbox"/> nezjištěny <input type="checkbox"/> zjištěny - kdy														
Aplikace anti-D(Rh) imunoglobulinu: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - kdy														
Druh primárního vzorku <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> pupečnicková krev <input type="checkbox"/> jiný (vypsat)														
Laboratoř izoserologická		Vyšetření HLA B27												
<input type="checkbox"/> Krevní skupina ABO RhD	▲	<input type="checkbox"/> HLA B27 *	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/> Erytrocytární antigeny *	▲	<input type="checkbox"/> Jiné												
<input type="checkbox"/> Screening protilátek	▲													
<input type="checkbox"/> Chladové aglutininy (protilátky) *	▲ ■ #													
<input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test (PAT)	▲													
<input type="checkbox"/> Upřesnění senzibilizace erytrocytů														
<input type="checkbox"/> Vyšetření hemolytických anémií *	▲ ■ #													
<input type="checkbox"/> Jiné														

* - vyšetření provádí smluvní laboratoř

▲ = nesrážlivá krev (EDTA) ■ = srážlivá krev □ = nesrážlivá krev (Sodium Heparin)

= nesrážlivou krev nutno dodat za tepla (37°C)