

Žádanka na imuno hematologická vyšetření a transfúzní přípravky

OKBH, Městská nemocnice a.s., Vrchlického 1504, Dvůr Králové n. L., 544 01, tel. 499 300 615, e-mail: okbh@mndk.cz

Číslo pojištění:

Příjmení:

Jméno, titul:

ZP:

Dg:

MUŽ

ŽENA

Datum, čas odběru:

Odběr provedl, jméno, podpis:

Razítko včetně IČP a odbornosti, podpis lékaře

Naléhavost:



vitální indikace



statim



rutina



rezerva

Druh primárního vzorku: nesrážlivá krev, EDTA, Vacuette fialová, 6 ml

Požadovaná vyšetření



Krevní skupina



Screening protilátek



Zkouška kompatibility



Coombsův test přímý (PAT)



Coombsův test nepřímý (NAT)

Požadované TP

Počet

ERD

Plazma

Trombocyty deleukotizované

Transfúzní anamnéza

Krevní skupina		Reakce po transfuzi	
Předchozí transfuze		Porody/potraty	
Přítomnost protilátek		Neznámá	
Profylaxe anti-D		Transplantace (jaká)	

Pouze pro potřeby OKBH

Číslo konzervy	KS	Druh	Poznámka

Číslo žádanky