

Rutina Statim **ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ****IMUNOHEMATOLOGIE**

Kód pojišťovny

HTO Krajská nemocnice T.Bati, a.s.
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín tel.: 577 552 334Podrobné informace naleznete v HTO Laboratorní příručce na
www.kntb.cz

Datum a čas odběru vzorku		Odběr provedl	
---------------------------	--	---------------	--

Čárový kód

Pacient		Diagnóza	
Číslo pojištění		Datum narození	

Klinická otázka:

Imunohematologická anamnéza:	Předchozí transfuze: ANO <input type="checkbox"/> (kdy):	Gravidita (týden):	Porody (počet):
Krevní skupina pacienta: (uved'te, je-li známa)	Reakce po transfuzi: ANO <input type="checkbox"/> (kdy):	Anti-D-profylaxe (datum podání):	
	Zjištěné protilátky (jaké, kdy):	Jiné nálezy (KS matky novorozence apod.)	

<input type="checkbox"/> Předtransfuzní vyšetření	<input type="checkbox"/> Screening nepravidelných protilátek	Jiné vyšetření (uved'te):
<input type="checkbox"/> Vyšetření krevní skupiny	<input type="checkbox"/> Identifikace protilátky	
<input type="checkbox"/> Opis krevní skupiny	<input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test (PAT)	
<input type="checkbox"/> Vyšetření antigenů Rh a Kell	<input type="checkbox"/>	

Požadavky na erytrocytové transfuzní přípravky (uved'te):			
Počet TU	Deleukotizace	Ozáření	Datum a čas požadovaného výdeje:
	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> ANO	

Razítko a podpis lékaře, IČP, odbornost, adresa, telefon

