

Žádanka o vyšetření krevní skupiny, o screening erytrocytárních protilátek nebo o transfúzní přípravky

Evid. č. OLM

Příjmení a jméno:.....	Pojišťovna :.....
Identifikační číslo:	Dg.....
Krevní skupina.....	
Dříve zjištěné imunní protilátky (kdy, jaké):.....	
Počet transfuzí :	
Potransfúzní reakce : ANO NE , kdy	
Počet těhotenství	Počet porodů
Razítko oddělení	
Razítko a podpis lékaře:.....	
Datum a čas odběru:.....	Primární vzorek odebral:
	(razítko a podpis)
VITÁLNÍ INDIKACE	ANO NE STATIM ANO NE

Žádáme o vyšetření:	
Krevní skupiny (KS)- ABO a Rh(D) antigen	
Screeningu nepravidelných tepelných antierytrocytárních protilátek	

Žádáme o dodání:	
EBR (počet) na den, hodinu	
Plasmy (počet) na den, hodinu	
Jiné přípravky (počet) na den, hodinu	
Jiné požadavky na transfúzní přípravky	

Výsledky laboratorních vyšetření

1. Vyšetření krevní skupiny a Coombs přímý

Vyšetření krevní skupiny Karta DG Gel ABO/(2D) + Kell		Ověření krevní skupiny Metoda na kachli
mikrozkumavka A :	mikrozkumavka Kell :	Anti-A(Pelicloon) :
mikrozkumavka B :	mikrozkumavka Ctl :	Anti-B(Pelicloon) :
mikrozkumavka(1)D ^{VI-} :	mikrozkumavka N-erys. A ₁ :	ImmuClone Anti-D Fast :
mikrozkumavka(2)D ^{VI-} :	mikrozkumavka N-erys. B :	Závěr vyšetření : Vyšetřil: Vyšetření na DG Gel kontroloval:
Vyšetření krevní skupiny Karta DG Gel Newborn		
mikrozkumavka A :	mikrozkumavka D ^{VI+} :	
mikrozkumavka B :	mikrozkumavka Ctl :	
mikrozkumavka AB :	mikrozkumavka IgG :	
mikrozkumavka D ^{VI-} :	mikrozkumavka AGH:	

2. Screening nepravidelných tepelných antierytrocytárních protilátek – SA DG Gel

Erytrocyty	LISS (NAT)	Enzymatický test (papain)
Erys. I (R ₁ R ₁)		
Erys II (R ₂ R ₂)		
Erys.III (r r)		
Erys.IV (R ₁ ^W R ₁)		

Závěr vyšetření:

Vyšetřil:

3. Zkouška kompatibility – SA DG Gel

	Transfúzní přípravek (TP)			
Číslo TP				
KS TP				
Typ TP				
Číslo segmentu				
KS ze segmentu				
LISS-NAT				
Enzym (papain)				
Kompatibilní				
Závěr				
Vyšetřil				

Doporučení k hemoterapii :