

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

Evid. č. OLM

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

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

Žádáme o dodání:	
Erytrocytární TP počet, na den, hodinu	
Plasma pro klinické použití počet, na den, hodinu	
Jiné přípravky počet, na den, hodinu	

Výsledky laboratorních vyšetření

Evid. č. OLM

1. Vyšetření krevní skupiny

Krvinky s dg. sérem	Sérum s dg. krvinkami	KS	VYŠETŘIL
anti – A :	A1:		
anti – B :	A2:		
anti – AB :	B:		
anti – D :	0:		
Anti – D II :			
Ověření KS :			

2. Screening nepravidelných tepelných antierytrocytárních protilátek

	I	II	III	IV
LISS (NAT)				
Enzymatický test (papain)				

Závěr vyšetření: **NEGATIVNÍ** **POZITIVNÍ** Vyšetřil:

3. Zkouška kompatibility

ČÍSLO KONZERVY ČÍSLO SEGMENTU	KS	TYP	EXP	LISS (NAT)	KOMPA- TIBILNÍ	VYŠETŘIL	DATUM VÝDEJE

Doporučení k hemoterapii :