

## ŽÁDANKA O PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ A O TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY

Název oddělení: .....

Kód oddělení: ..... Telefon: .....

Razítko oddělení:

PŘÍJMENÍ A JMÉNO

RODNÉ ČÍSLO

ZP

diagnóza

Datum odběru: ..... Čas odběru: ..... Vzorek odebral/a: .....

Druh primárního vzorku: krev pupečník

**Naléhavost:** Na objednávku: den ..... hodina .....

Rezerva

Statim

Vitální indikace

**Předchozí transfuze:** ano ..... ne ..... není známo ..... **Porody:** ..... **Potraty:** .....

**Reakce po transfuzích** .....

**Imunní protilátky:** nezjištěny ..... zjištěny ..... jaké/kdy/ev. kde .....

**Podání heparinu:** ano ne **volumexpanderů:** ano ne

**Požadované vyšetření:**

- Krevní skupina
- Screening protilátek
- Zkouška kompatibility
- Přímý Coombsův test
- Identifikace protilátek
- Titrace tepelných protilátek
- Titrace chladových protilátek
- Jiné:

**Žádost o dodání transfuzních přípravků v TU:**

- EBR .....
- ERD .....
- plazma .....
- trombocyty .....
- leukofiltr .....
- ozáření .....
- promytí .....
- jiné .....

Jmenovka a podpis ordinujícího lékaře: .....

Telefonické doobjednání transfuzního přípravku/ požadavku:

Datum + čas	Požadavek	Jméno objednávajícího	Jméno laboranta

PŘÍJMENÍ A JMÉNO

RODNÉ ČÍSLO

Datum vyšetření:

Číslo vyšetření:

Krevní skupina:

Výsledek vyšetření – razítko:

1.konzerva č.....KS.....trf.přípravek.....

2.konzerva č.....KS.....trf přípravek.....

3.konzerva č.....KS.....trf přípravek.....

4.konzerva č.....KS.....trf přípravek.....

5.konzerva č.....KS.....trf přípravek.....

6.konzerva č.....KS.....trf přípravek.....

7.konzerva č.....KS.....trf přípravek.....

8.konzerva č.....KS.....trf přípravek.....

Vyšetření provedl

Poznámka

Platnost testů kompatibility do:

Expedováno - dne:

hodina: