

Žádanka na laboratorní vyšetření

KREVNÍ TRANSFÚZE

FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA, Budínova 67/2, 180 81 Praha 8

Transfúze: ☎ 26608 2373

Pacient	<input type="text"/>	IČZ	<input type="text"/>	Odbornost	<input type="text"/>
ID pacienta	<input type="text"/>	razítko a podpis lékaře telefon pro sdělení výsledku			
Kód ZP	<input type="text"/> Samoplátce <input type="text"/>				
Datum nar.	<input type="text"/> Pohlaví <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž				
Ulice	<input type="text"/>				
PSČ - obec	<input type="text"/>				
Dg. základní	<input type="text"/>	Dg. vedlejší	<input type="text"/>		

PŘEDTRANSFÚZNÍ VYŠETŘENÍ, TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY

ODBĚR	datum:	čas:	odebral:
TELEFON:			
PRIMÁRNÍ VZOREK	<input type="checkbox"/> Krev	<input type="checkbox"/> Pupečnicková krev	
NALÉHAVOST	<input type="checkbox"/> Rutina	<input type="checkbox"/> Statim	<input type="checkbox"/> Vitální indikace
PŘIPRAVIT	na den:	hodinu:	k plánované operaci:

Transfúze v minulosti:	<input type="checkbox"/> ano/ <input type="checkbox"/> ne	Těhotenství:	počet:
Transfúze v posledních 28 dnech:	<input type="checkbox"/> ano/ <input type="checkbox"/> ne	Potraty:	počet:
Reakce po transfúzích:	<input type="checkbox"/> ano/ <input type="checkbox"/> ne	Týden gravidity:	
Protilátky (antierytrocytární, jiné):	<input type="checkbox"/> ano/ <input type="checkbox"/> ne	Aplikace anti-D	datum:
specifita (kdy ev. kde)			

POŽADUJEME:

VYŠETŘENÍ	TYP PŘÍPRAVKU	POČET JEDNOTEK:		
<input type="checkbox"/> krevní skupina		k podání	rezerva	zvláštní úprava
<input type="checkbox"/> screening protilátek	<input type="checkbox"/> EBR			<input type="checkbox"/> ozáření
<input type="checkbox"/> zkouška kompatibility	<input type="checkbox"/> ERD			<input type="checkbox"/> promytí
<input type="checkbox"/> přímý Coombsův test	<input type="checkbox"/> plasma			<input type="checkbox"/> jiné
<input type="checkbox"/> identifikace protilátek	<input type="checkbox"/> plasma deleu			
<input type="checkbox"/> titrace chladových protilátek	<input type="checkbox"/> trombokoncentrát			

Telefonické doobjednání transfúzního přípravku / požadavku:

datum + čas	požadavek	jméno objedávajícího	jméno laboranta

02_F_OKHT_003 Žádanka o předtransfúzní vyšetření a o transfúzní přípravky _verze 01, 05/2021_ str 1z1

CENTRÁLNÍ LABORATOŘE:

Oddělení klinické biochemie a imunologie, Oddělení hematologie a transfúze, Oddělení klinické mikrobiologie (bakteriologie, virologie, parazitologie, mykologie)
FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA, Budínova 67/2, 180 81 Praha 8, tel. 26608 1111, e-mail: info@bulovka.cz, IDDS: n9hiez, IČO: 00064211, www.bulovka.cz

Žádanka na laboratorní vyšetření

KREVNÍ TRANSFÚZE

FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA, Budínova 67/2, 180 81 Praha 8

Transfúze: ☎ 26608 2373

Pacient	<input type="text"/>	IČZ	<input type="text"/>	Odbornost	<input type="text"/>
ID pacienta	<input type="text"/>	razítko a podpis lékaře telefon pro sdělení výsledku			
Kód ZP	<input type="text"/> Samoplátce <input type="text"/>				
Datum nar.	<input type="text"/> Pohlaví <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž				
Ulice	<input type="text"/>				
PSČ - obec	<input type="text"/>				
Dg. základní	<input type="text"/>	Dg. vedlejší	<input type="text"/>		

PŘEDTRANSFÚZNÍ VYŠETŘENÍ, TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY

ODBĚR	datum:	čas:	odebral:
TELEFON:			
PRIMÁRNÍ VZOREK	<input type="checkbox"/> Krev	<input type="checkbox"/> Pupečnicková krev	
NALÉHAVOST	<input type="checkbox"/> Rutina	<input type="checkbox"/> Statim	<input type="checkbox"/> Vitální indikace
PŘIPRAVIT	na den:	hodinu:	k plánované operaci:

Transfúze v minulosti:	<input type="checkbox"/> ano/ <input type="checkbox"/> ne	Těhotenství:	počet:
Transfúze v posledních 28 dnech:	<input type="checkbox"/> ano/ <input type="checkbox"/> ne	Potraty:	počet:
Reakce po transfúzích:	<input type="checkbox"/> ano/ <input type="checkbox"/> ne	Týden gravidity:	
Protilátky (antierytrocytární, jiné):	<input type="checkbox"/> ano/ <input type="checkbox"/> ne	Aplikace anti-D	datum:
specifita (kdy ev. kde)			

POŽADUJEME:

VYŠETŘENÍ	TYP PŘÍPRAVKU	POČET JEDNOTEK:		
<input type="checkbox"/> krevní skupina		k podání	rezerva	zvláštní úprava
<input type="checkbox"/> screening protilátek	<input type="checkbox"/> EBR			<input type="checkbox"/> ozáření
<input type="checkbox"/> zkouška kompatibility	<input type="checkbox"/> ERD			<input type="checkbox"/> promytí
<input type="checkbox"/> přímý Coombsův test	<input type="checkbox"/> plasma			<input type="checkbox"/> jiné
<input type="checkbox"/> identifikace protilátek	<input type="checkbox"/> plasma deleu			
<input type="checkbox"/> titrace chladových protilátek	<input type="checkbox"/> trombokoncentrát			

Telefonické doobjednání transfúzního přípravku / požadavku:

datum + čas	požadavek	jméno objedávajícího	jméno laboranta

02_F_OKHT_003 Žádanka o předtransfúzní vyšetření a o transfúzní přípravky _verze 01, 05/2021_ str 1z1

CENTRÁLNÍ LABORATOŘE:

Oddělení klinické biochemie a imunologie, Oddělení hematologie a transfúze, Oddělení klinické mikrobiologie (bakteriologie, virologie, parazitologie, mykologie)
FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA, Budínova 67/2, 180 81 Praha 8, tel. 26608 1111, e-mail: info@bulovka.cz, IDDS: n9hiez, IČO: 00064211, www.bulovka.cz