

ŽÁDANKA O ISOSEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ A O TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY

HEMATOLOGICKO-TRANSFUZNÍ ODDĚLENÍ

HTO Orlickoústecká nemocnice

ID pacienta.: (datum narození)	
Příjmení:	
Jméno, tit.:	
Dg.:	
ZP:	



ČSA 1076, 562 18 Ústí nad Orlicí
Tel.: +420 465 710 240
E-mail: hto@uo.hospital.cz

STATIM ☐

Vitální ind. ☐

Rutina ☐

datum a čas příjmu materiálu:

přijal:

Dat. odběru: Čas odběru:

Odebraný materiál: nesrážlivá krev (K₃EDTA), fialový uzávěr, Greiner 456036 (6ml)

Vzorek odebral:

Žádáme o vyšetření: ☐ zkouška kompatibility

předchozí transfuze:	☐ NE	☐ není známo	☐ ANO	počet, je-li známo:	Krevní skupina:
reakce po transfuzích:	☐ NE	☐ není známo	☐ ANO		(je-li známa)
Imunitní protilátky:	☐ NE	☐ není známo	☐ ANO	kdy, jaké:	
počet předchozích porodů:	počet předchozích potratů/UPT:				

Žádáme o dodání:	Počet TU	Na den, hodinu
Erytrocyty deleukotizované (ERD)		
Plazma		
Trombocyty		
Trombocyty kryokonzervované *		

Razítko (vč. ICP) a podpis lékaře:

* jen z vitální indikace

Krevní skupina: (KS)	Výsledek imunohematolog. vyšetření:			
	č.vyšetření:			
	datum			
zkouška kompatibility	č.TP:	č.TP:	č.TP:	č.TP:
	KS:	KS:	KS:	KS:
	kompatibilní	kompatibilní	kompatibilní	kompatibilní
Transfundováno:	dne: ml.	dne: ml	dne: ml	dne: ml
	od do hod.	od do hod	od do hod	od do hod
zajišťovací zkouška:				
transfuzi provedl: (podpis a razítko)				

lab. vyšetření provedl:
(podpis a razítko)