

Žádanka o imunohematologická vyšetření erytrocytů

Pacient (nalepit štítek nebo vypsát)		Pohlaví: M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	Razítko oddělení (adresa, IČP, odbornost, nákladové středisko)
Příjmení:			
Jméno:			
Rodné číslo:			
Pojišťovna:	Diagnóza:		
Infekční vzorek: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Datum narození: <small>(jen cizí státní příslušník)</small>		
			Kód vyšetření (doplň Krevní centrum)

Imunohematologická anamnéza pacienta		<input type="checkbox"/> Anamnézu nelze zjistit.
Krevní skupina AB0 / RhD	<input type="checkbox"/> neznámá <input type="checkbox"/> známá (jaká):	
Předchozí transfuze	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (počet, kdy poslední):	
Potransfuzní reakce	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nelze / není jasné / nezjištěno <input type="checkbox"/> ANO (jaká):	
Jiné nálezy (protilátky)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nelze / není jasné / nezjištěno <input type="checkbox"/> ANO (jaké):	
Gravidita	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (předchozí – počet; aktuální – týden):	
HON (hemolytické onem. nov.)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (příčina):	
Anti-D profylaxe	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (datum, ve kterém týdnu gravidity):	
Transplantace	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (co, kdy, AB0/RhD dárce):	

Požadovaná vyšetření (zaškrtněte)	Požadavky na primární vzorek: nejlépe nesrážlivá krev (EDTA) 7-10ml, malé děti 2-3 ml
<input type="checkbox"/> Krevní skupina AB0 / RhD <input type="checkbox"/> Tepelné protilátky proti erytrocytům (pokud lze, upřesněte test) : <input type="checkbox"/> Screening protilátek <input type="checkbox"/> Identifikace protilátek <input type="checkbox"/> PAT / PAT titr <input type="checkbox"/> Chladové protilátky proti erytrocytům <input type="checkbox"/> Titr protilátky v NAT u gravidní ženy <input type="checkbox"/> Nejasná krevní skupina AB0 <input type="checkbox"/> Nejasný antigen RhD <input type="checkbox"/> Jiná vyšetření (Rh/Kell fenotyp, podtřída IgG1/IgG3 ...):	

Vyšetření u novorozence	Požadavky na primární vzorek: nejlépe nesrážlivá krev (EDTA) 2-3 ml
<input type="checkbox"/> Krevní skupina AB0 / RhD <input type="checkbox"/> PAT / PAT titr <input type="checkbox"/> Volné protilátky anti-A, -B (uved'te rodné číslo a krevní skupinu AB0 / RhD matky):	

Druh odebraného primárního vzorku (zaškrtněte)	<input type="checkbox"/> nesrážlivá krev (EDTA) <input type="checkbox"/> žilní krev <input type="checkbox"/> srážlivá krev <input type="checkbox"/> pupečnicková krev
---	--

Krevní vzorek odebral: (razítko, podpis)	Lékař: (razítko, IČL, podpis)
Datum a čas odběru vzorku:	Datum: