

## ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

**PACIENT** (lze nalepit identifikační štítek)

**JMÉNO, PŘÍJMENÍ:**

**ČÍSLO POJIŠTĚNCE:**

**POJIŠŤOVNA:**

**DIAGNÓZA:**

Žádanka číslo: (vyplní laboratoř)

**MATERIÁL:**

KREV

PUPEČNÍKOVÁ KREV

### ANAMNÉZA PACIENTA

Krevní skupina:

Počet porodů:

potratů:

Těhotenství (počet, týden gravidity):

Anti-D profylaxe:

ano / ne

(kdy):

Počet předchozích transfuzí:

Potrtransfuzní reakce: ano / ne (kdy):

Antierytrocytární protilátky:

ano / ne

(specifita):

**VITÁLNÍ INDIKACE** (pouze u TP)

**STATIM** (pouze u imunohematologie a TP)

**RUTINA**

### IMUNOHEMATOLOGIE

Krevní skupina AB0 RhD

Screening nepravidelných protilátek

Přímý antiglobulinový test

Vyšetření erytrocytárních antigenů

Test kompatibility

Vyšetření potrtransfuzní reakce

Opis krevní skupiny

Identifikace antierytrocytárních protilátek

Titrace antierytrocytárních protilátek

Vyšetření volných protilátek (anti-A, anti-B)

Vyšetření chladových protilátek \*

Titrace chladových protilátek \*

HLA B27 \*

### INFEKČNÍ MARKERY

HIV Ab/Ag

HCV Ab

HBsAg

Syphilis

### POŽADAVEK NA TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY (TP)

**Transfuzní přípravek:**

**Požadovaný počet:**

**Deleukotizace:**

**Jiný požadavek:**

erytrocyty

trombocyty

plazma

autotransfuze

ano / ne

ano / ne

(ozáření)

na den:

na hodinu:

**ŽADATEL:**

oddělení:

IČP:

IČZ:

datum a čas odběru:

podpis sestry:

podpis lékaře: