

ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ NOVOROZENCE

NOVOROZENEK (lze nalepit identifikační štítek) JMÉNO, PŘÍJMENÍ: ČÍSLO POJIŠTĚNCE: POJIŠŤOVNA: DIAGNÓZA:	Žádanka číslo: (vyplní laboratoř)
MATERIÁL: <input type="checkbox"/> PUPEČNÍKOVÁ KREV <input type="checkbox"/> KREV	
MATKA Krevní skupina: Počet porodů: potratů: Anti-D profylaxe: ano / ne (kdy):	
<input type="checkbox"/> STATIM <input type="checkbox"/> RUTINA	
VYŠETŘENÍ NOVOROZENCE	
<input type="checkbox"/> Krevní skupina AB0 RhD <input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test (PAT) <input type="checkbox"/> Vyšetření volných protilátek (anti-A, anti-B)	<input type="checkbox"/> Screening nepravidelných protilátek (NAT) <input type="checkbox"/> Identifikace antierytrocytárních protilátek
INFEKČNÍ MARKERY	
<input type="checkbox"/> HIV Ab/Ag <input type="checkbox"/> HCV Ab	<input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> Syphilis
ŽADATEL: oddělení: IČP: IČZ:	datum a čas odběru: podpis sestry: podpis lékaře:

VÝSLEDKOVÝ LIST NOVOROZENCE

NOVOROZENEK (identifikační štítek)	Žádanka číslo: Došlo dne:
MATERIÁL: <input type="checkbox"/> PUPEČNÍKOVÁ KREV <input type="checkbox"/> KREV	
VÝSLEDEK VYŠETŘENÍ	
Krevní skupina AB0 RhD: PAT: Volné protilátky (anti-A, anti-B): NAT (event. identifikace Ab):	HIV Ab/Ag: Syphilis: HBsAg: HCV Ab:
Razítko laboratoře:	Vyšetření provedl(a): Datum: