

Rutina Statim **ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ****IMUNOHEMATOLOGIE**

Kód pojišťovny

HTO Krajská nemocnice T.Bati, a.s.
Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín tel.: 577 552 334Podrobné informace naleznete v HTO Laboratorní příručce na
www.kntb.cz

| | | | |
|---------------------------|--|---------------|--|
| Datum a čas odběru vzorku | | Odběr provedl | |
|---------------------------|--|---------------|--|

| |
|------------|
| Čárový kód |
|------------|

| | | | |
|-----------------|--|----------------|--|
| Pacient | | Diagnóza | |
| Číslo pojištění | | Datum narození | |

| |
|------------------|
| Klinická otázka: |
|------------------|

| | | | |
|--|--|--|-----------------|
| Imunohematologická anamnéza: | Předchozí transfuze: ANO <input type="checkbox"/> (kdy): | Gravidita (týden): | Porody (počet): |
| Krevní skupina pacienta: (uved'te, je-li známa) | Reakce po transfuzi: ANO <input type="checkbox"/> (kdy): | Anti-D-profylaxe (datum podání): | |
| | Zjištěné protilátky (jaké, kdy): | Jiné nálezy (KS matky novorozence apod.) | |

| | | |
|---|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Předtransfuzní vyšetření | <input type="checkbox"/> Screening nepravidelných protilátek | Jiné vyšetření (uved'te): |
| <input type="checkbox"/> Vyšetření krevní skupiny | <input type="checkbox"/> Identifikace protilátky | |
| <input type="checkbox"/> Opis krevní skupiny | <input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test (PAT) | |
| <input type="checkbox"/> Vyšetření antigenů Rh a Kell | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| Požadavky na erytrocytové transfuzní přípravky (uved'te): | | | |
| Počet TU | Deleukotizace | Ozáření | Datum a čas požadovaného výdeje: |
| | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> ANO | |

| |
|--|
| Razítko a podpis lékaře, IČP, odbornost, adresa, telefon |
|--|

17.04.2020

