

## Žádanka o imunohepatologická vyšetření, transfuzní přípravky (TP), krevní deriváty (KD)

Evid. č. OLM

Zdravotnická laboratoř č. 8083 akreditovaná ČIA podle ČSN EN ISO 15189:2013

Rozsah akreditace: laborator.smn.agel.cz

|                                 |                                 |                      |                                |                             |  |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|
| Příjmení a jméno: .....         |                                 |                      | Pojišťovna : .....             |                             |  |
| Identifikační číslo: .....      |                                 |                      | Oddělení : .....               |                             |  |
| <i>MOŽNO NALEPIT ŠTÍTEK</i>     |                                 |                      | Diagnóza : .....               |                             |  |
| Krevní skupina ABO a RhD: ..... |                                 |                      |                                |                             |  |
| Zjištěné imunní protilátky :    | NE                              | NENÍ ZNÁMO           | ANO (kdy, jaké) .....          |                             |  |
| Předchozí transfuze :           | NE                              | NENÍ ZNÁMO           | ANO (počet, pokud znám) .....  |                             |  |
| Potransfuzní reakce :           | NE                              | NENÍ ZNÁMO           | ANO (kdy, jaká) .....          |                             |  |
| Počet těhotenství : .....       | Anti-D profylaxe (datum): ..... | Počet porodů : ..... |                                |                             |  |
| Razítko oddělení:               |                                 |                      | Razítko a podpis lékaře:       |                             |  |
| Datum a čas odběru: .....       |                                 |                      | Primární vzorek odebral: ..... |                             |  |
|                                 |                                 |                      | <i>(razítko a podpis)</i>      |                             |  |
| <b>VITÁLNÍ INDIKACE</b>         |                                 | <b>STATIM</b>        |                                | <b>STANDARDNÍ VYŠETŘENÍ</b> |  |

|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| <b>Žádáme o vyšetření:</b>                        |   |                              |
| Krevní skupina ABO a RhD <input type="checkbox"/> | Screening antierytrocytárních protilátek <input type="checkbox"/> | PAT <input type="checkbox"/> |

|   |  |
|---|--|
| <b>Žádáme o dodání TP / předání KD:</b>       |  |
| Erytrocytární TP<br>počet, na den, hodinu     |  |
| Plasma pro klinické použití<br>počet, na den  |  |
| Trombocytární TP<br>počet, na den, hodinu     |  |
| Autologní TP<br>počet, na den, hodinu         |  |
| Krevní deriváty<br>typ, počet, na den, hodinu |  |

| <b>Telefonické doobjednání TP / KD – vyplní laboratoř</b> |                       |              |               |                      |        |
|---|-----------------------|--------------|---------------|----------------------|--------|
| datum + čas   | požadavek, naléhavost | druh TP / KD | počet TP / KD | jméno objedávajícího | zapsal |
|   |                       |              |               |                      |        |
|   |                       |              |               |                      |        |
|   |                       |              |               |                      |        |

## Výsledky laboratorních vyšetření

Evid. č. OLM

### 1. Vyšetření krevní skupiny

| Karta DG Gel AB0/Rh (2D) + Kell     |                           | Závěr AB0 RhD    | Závěr Kell |
|-------------------------------------|---------------------------|------------------|------------|
| Mikrozkumavka A:                    | Mikrozkumavka Kell:       |                  |            |
| Mikrozkumavka B:                    | Mikrozkumavka Ctl:        |                  |            |
| Mikrozkumavka (1) D <sup>VI</sup> : | Mikrozkumavka N + ery A1: |                  |            |
| Mikrozkumavka (2) D <sup>VI</sup> : | Mikrozkumavka N + ery B:  | <b>Vyšetřil:</b> |            |

| Ověření |                   | Závěr | Vyšetřil / ověřil: |
|---------|-------------------|-------|--------------------|
| Anti-A: | Anti-D (IgM+IgG): |       |                    |
| Anti-B: | Rh kontrola:      |       |                    |

### 2. Screening nepravidelných tepelných antierytrocytárních protilátek – SA DG Gel

|                           | ERY I | ERY II | ERY III | ERY IV | Závěr            |           |
|---------------------------|-------|--------|---------|--------|------------------|-----------|
| Enzymatický test (papain) |       |        |         |        | NEGATIVNÍ        | POZITIVNÍ |
| LISS (NAT)                |       |        |         |        | <b>Vyšetřil:</b> |           |

### 3. Zkouška kompatibility a/nebo výdej transfuzních přípravků a/nebo předání krevních derivátů

|                              |                   | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
|------------------------------|-------------------|----|----|----|----|----|
| Číslo TP / LOT KD            |                   |    |    |    |    |    |
| KS TP / KD                   |                   |    |    |    |    |    |
| Typ TP / KD                  |                   |    |    |    |    |    |
| Exspirace TP / KD            |                   |    |    |    |    |    |
| LISS (NAT)                   | Kompa-<br>tibilní |    |    |    |    |    |
| Vyšetřil                     |                   |    |    |    |    |    |
| Datum výdeje TP / předání KD |                   |    |    |    |    |    |

**Datum a čas vyšetření :**

**Doporučení k hemoterapii :**