

Žádanka o vyšetření krevní skupiny, o screening antierytrocytárních protilátek nebo o transfuzní přípravky

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: <i>MOŽNO NALEPIT ŠTÍTEK</i>		Oddělení:	
Krevní skupina ABO a RhD:		Diagnóza:	
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: (razítko a podpis)	
VITÁLNÍ INDIKACE		STATIM	
STANDARDNÍ VYŠETŘENÍ			

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

Žádáme o dodání:	
Erytrocytární TP počet, na den, hodinu	
Plasma pro klinické použití počet, na den	
Trombocytární TP počet, na den, hodinu	
Autologní TP počet, na den, hodinu	

Telefonické doobjednání TP – vyplní laboratoř					
datum + čas	požadavek, naléhavost	druh TP	počet TP	jméno objednavajícího	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 ^{VI-} :	Mikrozkumavka N + ery A1:		
Mikrozkumavka (2) D ^{VI-} :	Mikrozkumavka N + ery B:		
		Vyšetřil:	

Ověření		Závěr	Vyšetřil:
Anti-A (Pelikloon):	ImmuneClone anti-D Fast:		
Anti-B (Pelikloon):			

Karta DG Gel Newborn		Závěr AB0 RhD	Závěr PAT
Mikrozkumavka A:	Mikrozkumavka D ^{VI+} :		
Mikrozkumavka B:	Mikrozkumavka Ctl:		
Mikrozkumavka AB:	Mikrozkumavka IgG:		
Mikrozkumavka D ^{VI+} :	Mikrozkumavka AGH:		
		Vyšetřil:	

2. Screening nepravidelných tepelných antierytrocytárních protilátek – SA DG Gel

	ERY I	ERY II	ERY III	ERY IV	Závěr
Enzymatický test (papain)					
LISS (NAT)					Vyšetřil:

3. Zkouška kompatibility a/nebo výdej transfuzních přípravků

	1.	2.	3.	4.
Číslo TP				
KS TP				
Typ TP				
Číslo segmentu				
KS ze segmentu				
LISS-NAT				
Kompatibilní				
Vyšetřil				

4. Datum a čas vyšetření:

Doporučení k hemoterapii:

Výsledky kontroloval, datum a čas: