

Evid. č. OLM:

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

Platnost testu kompatibility do:

Evid. č. Krevní banky 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: Počet porodů: Anti-D profylaxe (datum):	
Razítko oddělení:	Razítko a podpis lékaře:
Datum a čas odběru:,.....	Primární vzorek odebral: <i>(razítko a podpis)</i>
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	
Plazma pro klinické použití počet, na den	
Trombocytární TP počet, na den, hodinu	

Telefonické doobjednání TP – vyplní laboratoř					
datum + čas	požadavek, naléhavost	druh TP	počet TP	jméno objedávajícího	zapsal

Výsledky laboratorních vyšetření

1. Vyšetření krevní skupiny

Karta DG Gel AB0/Rh (2D) + Kell				Závěr AB0 RhD	Závěr Kell
mikrozkum. A		mikrozkum. Kell		Vyšetřil:	
mikrozkum. B		mikrozkum. Ctl.			
mikrozkum. (1)D ^{VI-}		mikrozkum. N/ery A1			
mikrozkum. (2)D ^{VI-}		mikrozkum. N/ery B			

Ověření krevní skupiny sklíčkovou metodou	Závěr AB0 RhD	Vyšetřil
Anti-A (Pelikloon)		
Anti-B (Pelikloon)		
Anti-D IgM (Pelikloon)		

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)					Vyšetřil:

3. Test kompatibility a/nebo výdej transfuzních přípravků

	1.	2.	3.	4.
Číslo TP				
KS TP				
Typ TP				
Exspirace TP				
Číslo segmentu*				
LISS-NAT				
Kompatibilní (ANO-NE)				
Vyšetřil				
Datum výdeje				

* zápis v případě poruchy tiskárny štítků

Doporučení k hemoterapii:

4. Datum a čas vyšetření:

Výsledky kontroloval, datum, čas: