



Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje

Vančurova 1548, 272 59 Kladno
tel. 312 606 111
IČO 27256537

F 063

Hematologicko-transfúzní oddělení

Žádanka o izosérologické vyšetření a transfúzní přípravky

Oddělení: Stanice: STATIM: Ano
Telefon: Ne

Jméno, příjmení: muž/žena **Rodné číslo:**

ZP: **Dg:**

Adresa bydliště:

Krevní skupina:

Předchozí transfúze: Porody: Potraty, UPT:

Reakce po transfúzích: Imunní protilátky zjištěny? Ano - ne
Kdy ev. jaké?

Požadovaná vyšetření:	Požadovaný transfúzní přípravek:
erytrocyty (EBR, ERD)	počet TU
trombocyty (TB)	počet TU
plazma ke klinické aplikaci (P)	počet TU
krevní skupina v systému AB0+Rh/D	
opis krevní skupiny	
zkouška kompatibility (křížová zkouška)	
přímý antiglobulinový test (PAT)	
screening antiery protilátek (NAT+enzym)	
imunní aglutininy (novorozenec)	
chladové aglutininy	
identifikace event.titrace antiery protilátek	

HIV Ab/Ag
HBsAg
HBc Ab
HCV Ab
Trep screen (syfilis)

Datum a hodina odběru:
Podpis odběr.sestry + jmenovka:

Podpis lékaře, jmenovka, razítko:

Výsledek imuno hematologického vyšetření - zkoušky kompatibility: <i>Vyplňuje HTO !!!</i>			
KS AB0	č.konzervy:	kompatibilní	vydal:
	č.konzervy:	kompatibilní	vydal:
Rh/D	č.konzervy:	kompatibilní	vydal:
	č.konzervy:	kompatibilní	vydal:
	č.konzervy:	kompatibilní	vydal:
	č.konzervy:	kompatibilní	vydal: