|  |  |
| --- | --- |
| ALEJ 17. LISTOPADU 1101, 413 01 ROUDNICE N. L., tel. 416 858 213, 416 858 258 okb@nemocniceroudnice.cz**https://www.pentahospitals.cz/**  | **Žádanka o imunohematologické vyšetření a transfúzní přípravky** |

|  |  |
| --- | --- |
| Rodné číslo: | Číslo žádanky (štítek) Datum a čas přijetí vzorku, podpis: |
| Příjmení, jméno, titul:  |
| Pohlaví:  | Pojišťovna: | Diagnóza: |
| Adresa: |
| **ANAMNÉZA PACIENTA**

|  |
| --- |
| Krevní skupina pacienta |
| Počet porodů: | Počet potratů: |
| Transfúze (kdy,počet)  | Potransfuzní reakce (kdy) ANO/NE |  Zjištěny imunní protilátky? (jaké, kdy) |
| Týden gravidity:  | Aplikace Anti-D imunoglobulinu (kdy): |

 |
|  **MATKA NOVOROZENCE** |
| Jméno, příjmení, titul: |
| Rodné číslo: | Krevní skupina: |
| **POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ** |
| **IMUNOHEMATOLOGIE** | **NOVOROZENECKÝ SCREENING**  |
|   |  Krevní skupina ABO Rh(D) |   |  Krevní skupina ABO Rh(D) |
|  |  Přímý antiglobulinový (Coombsův) test |  |  Přímý antiglobulinový (Coombsův) test |
|  |  Nepřímý antiglobulinový (Coombsův) test |  |  Novorozenecký bilirubin |
|  |  Screening nepravidelných protilátek |  |   |
|  |  Test kompatibility (=zkouška slučitelnosti) |  |  |
| **Požadavek na transfúzní přípravky** |
| **Druh TP** | **Počet** | **Na den/hodinu** | **Jiný požadavek** |
|  | Erytrocyty |  |  |  |
|  | Plazma |  |  |  |
|  | Trombocyty |  |  |  |
| **ŽADATEL:**Razítko pracoviště a lékaře:Datum požadavku a podpis lékaře: | Datum a čas odběru vzorku:Vzorek odebral(a): |
| **Požadovaný vzorek** – **PRO TEST KOMPATIBILITY** 3x červená SARSTEDT (EDTA) zkumavka **PRO KREVNÍ SKUPINU** 1x červená SARSTEDT (EDTA) zkumavka* **pro novorozenecký screening** 1x Vacutest ČERVENÁ zkumavka bez přísad a bez **GELU**
 |