

## Žádanka o imunohematologická vyšetření erytrocytů

<b>Pacient</b> (nalepit štítek nebo vypsát)		<b>Pohlaví:</b> M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	<b>Razítko oddělení</b> (adresa, IČP, odbornost, nákladové středisko)
Příjmení:			
Jméno:			
Rodné číslo:			
Pojišťovna:	Diagnóza:		
Infekční vzorek: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	Datum narození: (jen cizí státní příslušník)		

Kód vyšetření (doplň Krevní centrum)

<b>Imunohematologická anamnéza pacienta</b> <input type="checkbox"/> Anamnézu nelze zjistit.	
<b>Krevní skupina AB0 / RhD</b>	<input type="checkbox"/> neznámá <input type="checkbox"/> známá (jaká):
<b>Předchozí transfuze</b>	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (počet, kdy poslední):
<b>Potransfuzní reakce</b>	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nelze / není jasné / nezjištěno <input type="checkbox"/> ANO (jaká):
<b>Jiné nálezy</b> (protilátky)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nelze / není jasné / nezjištěno <input type="checkbox"/> ANO (jaké):
<b>Gravidita</b>	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (předchozí – počet; aktuální – týden):
<b>HON</b> (hemolytické onem. nov.)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (příčina):
<b>Anti-D profylaxe</b>	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (datum, ve kterém týdnu gravidity):
<b>Transplantace</b>	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (co, kdy, AB0/RhD dárce):

<b>Požadovaná vyšetření (zaškrtněte)</b>	<b>Požadavky na primární vzorek: nejlépe nesrážlivá krev (EDTA) 7-10ml, malé děti 2-3 ml</b>
<input type="checkbox"/> Krevní skupina AB0 / RhD <input type="checkbox"/> Tepelné protilátky proti erytrocytům (pokud lze, upřesněte test): <input type="checkbox"/> Screening protilátek <input type="checkbox"/> Identifikace protilátek <input type="checkbox"/> PAT / PAT titr <input type="checkbox"/> Chladové protilátky proti erytrocytům <input type="checkbox"/> Titr protilátky v NAT u gravidní ženy <input type="checkbox"/> Nejasná krevní skupina AB0 <input type="checkbox"/> Nejasný antigen RhD <input type="checkbox"/> Jiná vyšetření (Rh/Kell fenotyp, podtřída IgG1/IgG3 ...):	

<b>Vyšetření u novorozence</b>	<b>Požadavky na primární vzorek: nejlépe nesrážlivá krev (EDTA) 2-3 ml</b>
<input type="checkbox"/> Krevní skupina AB0 / RhD <input type="checkbox"/> PAT / PAT titr <input type="checkbox"/> Volné protilátky anti-A, -B (uveďte rodné číslo a krevní skupinu AB0 / RhD matky):	

<b>Druh odebraného primárního vzorku (zaškrtněte)</b>	<input type="checkbox"/> nesrážlivá krev (EDTA) <input type="checkbox"/> žilní krev <input type="checkbox"/> srážlivá krev <input type="checkbox"/> pupečnicková krev
---	--

<b>Krevní vzorek odebral:</b> (razítko, podpis)	<b>Lékař:</b> (razítko, IČL, podpis)
Datum a čas odběru vzorku:	Datum: