

Žádanka o předtransfuzní vyšetření a o transfuzní přípravky

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

IMUNOHEMATOLOGICKÁ ANAMNÉZA PACIENTA		<input type="checkbox"/> Anamnézu nelze zjistit.	
Krevní skupina AB0 / RhD	<input type="checkbox"/> neznámá <input type="checkbox"/> známá	Jaká:	
Předchozí transfuze	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Počet:	Datum poslední:	
Potransfuzní reakce	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nelze / není jasné / nezjištěno <input type="checkbox"/> ANO	Jaká:	
Jiné nálezy <small>(protilátky leuko- / trombo- / erytrocytové)</small>	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> nelze / není jasné / nezjištěno <input type="checkbox"/> ANO	Jaké:	
Gravidita t.č.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Týden:	Předchozí gravidity - počet:	
HON (hemolytické onem. novorozence)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Příčina:		
anti-D profylaxe	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Datum:	Který týden gravidity:	Léčivo:
Transplantace	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Jaká:	Kdy:	AB0 / RhD dárce:

POŽADOVANÁ PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ A TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY (TP)
<input type="checkbox"/> Kompletní předtransfuzní vyšetření (AB0 / RhD, screening erytrocytových protilátek, zkouška kompatibility)
<input type="checkbox"/> Krevní skupina AB0 / RhD (obvykle před aplikací trombocytových TP a plazmy)
<input type="checkbox"/> Dokřížení TP z dodaného vzorku pacienta (Ize do 48 hodin po odběru vzorku, nejprve telefonicky objednat, pak zaslat žádanku)

ČASOVÁ NALÉHAVOST POŽADAVKU O TP:

- rutina / plánovaná transfuze** (uveďte den a hodinu přípravy TP) **rezerva** (TP do zálohy, uveďte den a hodinu přípravy TP)
 statim (TP připraveny do 1,5 hod po přijetí vzorku na KC) **vitální indikace** (výdej TP ihned, předtransf. vyš. provedeno dodatečně)

Druh TP	Počet TU / ks / ml	Ozáření	Připravit na den a hodinu na Krevním centru (KC)
ERD		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
ERD 0,25 TU		vždy ozářit	
EDU (objednávka – kl. 2222)		vždy ozářit	
EDV (objednávka – kl. 2222)		vždy ozářit	

Druh primárního vzorku – plná krev 7-10 ml, u malých dětí 2-3 ml: nesrážlivá (EDTA)

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