



FAKULTNÍ NEMOCNICE®  
OLOMOUC

Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc

Tel. 588 441 111, E-mail: [info@fnol.cz](mailto:info@fnol.cz)

IČ: 00098892

**ŽÁDANKA O PRENATÁLNÍ  
IMUNOHEMATOLOGICKÉ  
VYŠETŘENÍ**

**Transfuzní oddělení**

[to@fnol.cz](mailto:to@fnol.cz), příjem materiálu tel.:

588 442 891

Fm-L009-035-TO-001

verze č. 5, str. 1/1

**PACIENT** (unifikovaný štítek)

ID - číslo pojištění: (není-li ID, pak datum narození)	
Jméno a příjmení:	
Adresa:	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):

\*není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

STATIM *		
VITÁLNÍ INDIKACE *		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóza	Diagnóza II.	Diagnóza III.

**ŽADATEL**

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)	Razítko, IČL a podpis lékaře:		
  	Telefon žadatele:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 	imenovka + podpis	 	 

Datum a čas odběru \*\*

Vzorek odebral(a)

Datum a čas příjmu

Vzorek přijal(a)

\*\* uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)

**DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ** (údaje o pacientovi):

Transfuze (počet):	Potransfuzní reakce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
Imunní protilátky: <input type="checkbox"/> nezjištěny <input type="checkbox"/> zjištěny (jaké, kdy):		
Počet těhotenství:	Počet potratů:	Předpokl. termín porodu:
Aplikace Ig Anti-D: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano (uvést datum aplikace):		

**MATERIÁL K VYŠETŘENÍ** - označte  Zkumavka musí být řádně označena jménem a RČ pacienta!

<input type="checkbox"/> 6 ml nesrážlivého vzorku krve pro prenatální vyšetření (K <sub>3</sub> EDTA, citrát)
<input type="checkbox"/> 6 ml nesrážlivého vzorku krve pro vyšetření infekčních markerů (K <sub>3</sub> EDTA, citrát)

Pozn. K došetření na požádání TO zaslat 9 ml srážlivého vzorku krve a 9 ml nesrážlivého vzorku krve (K<sub>3</sub>EDTA, citrát).

**POŽADOVANÉ IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ** - volbu označte

<input type="checkbox"/> Krevní skupina	<input type="checkbox"/> Krevní skupina plodu
<input type="checkbox"/> Screening erytrocytárních protilátek	<input type="checkbox"/> Vyšetření plodové vody
<input type="checkbox"/> Specifikace protilátek	<input type="checkbox"/>

**POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ INFEKČNÍCH MARKERŮ** - volbu označte

<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> Anti-HCV	<input type="checkbox"/> HIV Ag/Ab	<input type="checkbox"/> Syfilis (SYFILIS IMUNOANALÝZA, RPR)
--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------------------------------

**VYPLŇUJE TO:**  
**KS, PROTILÁTKY V ISTO**