

PACIENT (identifikační štítek)

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

POŽADAVEK

STATIM *	REZERVA *
VIT. INDIK. *	PLÁNOV. *
Na den:	Na hodinu:

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)

Razítko, IČL a podpis lékaře:
Telefon žadatele:

Diagnóza Diagnóza II. Diagnóza III.

	jménovka + podpis
--	-------------------

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ - označte

6 ml nesrážlivá krev K₃EDTA

Zkumavka musí být fádňě označena jménem a ID pacienta/ky!

Datum a čas odběru ** Vzorek odebral(a)

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

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ (údaje o pacientovi):

Transfúze (počet):	Transplantace kostní dřeně: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Počet těhotenství:	Počet potratů: Potransfuzní reakce: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Imunní protilátky: <input type="checkbox"/> nezjištěny <input type="checkbox"/> zjištěny (jaké, kdy):	

Druh přípravku	Počet T.U.	Počet T.U. ped.	Deleukotizace	Ozáření	Jiný požadavek
ERYTROCYTÁRNÍ TP					
TROMBOCYTÁRNÍ TP					
PLAZMA TP					

VYPLŇUJE TO:

KS, PROTILÁTKY V ISTO

VÝSLEDKY PŘEDTRANSFUZNÍHO VYŠETŘENÍ

Krevní skupina	Detekce protilátek	PAT
-A A ₁	SA I. II. III. AK	Polyspec.
-B A ₂		
-AB B	ENZYM	Monospec.
-D O		
-D -A	L/NAT	
RhC -H	KS Sklíčkové	
Kontrola KS:	Vyšetřil:	Datum:

Test slučitelnosti

Číslo přípravku	Druh TP	KS	L/NAT	ENZYM	Závěr	Datum + Podpis

Test slučitelnosti

Číslo přípravku	Druh TP	KS	L/NAT	ENZYM	Závěr	Datum + Podpis

Telefonické doobjednání TP	IDENTIFIKACE
-----------------------------------	---------------------

datum + čas	požadavek	počet TP	druh TP	jméno objedávajícího	jméno provádějícího

-C	-c	-E	-e	-C ^w	-K	-k													
----	----	----	----	-----------------	----	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefonická konzultace s klinickým oddělením