



FAKULTNÍ NEMOCNICE®
OLMOUC

**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ INFEKČÍ
PRO TKÁŇOVÉ ZAŘÍZENÍ**

Fm-L009-035-TO-004

Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

Transfuzní oddělení
to@fnol.cz, příjem materiálu tel.:
588 442 891

verze č. 6, str. 1/1

PACIENT (unifikovaný štítek)

*není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU

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):

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

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)

Razítko, IČL a podpis lékaře:
Telefon žadatele:

<input type="text"/>

<input type="text"/> <small>imenovka + podpis</small>
--

<input type="text"/>

<input type="text"/>

Datum a čas odběru **

Vzorek odebral(a)

Datum a čas příjmu

Vzorek přijal(a)

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

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ - označte

Zkumavku řádně označte příjmením, jménem a rodným číslem pacienta-dárce tkáně!

<input type="checkbox"/> 2x 6 ml nesrážlivého vzorku krve pro vyšetření infekčních markerů (K ₃ EDTA)
Prohlášení žadatele: - Nejedná se o krevní vzorek kadaverozního dárce tkáně. - Nejedná se o krevní vzorek dárce tkáně s hemodilucí, tj. během 48 hodin před odběrem krevního vzorku, nebyla tomuto dárci podána krev, krevní složka, infuze koloidů nebo během 1 hodiny před odběrem krevního vzorku, nebyla tomuto dárci podána infuze krystaloidů.

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	<input type="checkbox"/> Anti-HBc
--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

 VYPLŇUJE TO:
