

Oddělení hematologie a krevní transfúze Nemocnice J. Hradec a.s.

POŽADAVKOVÝ LIST O TRANSFÚZNÍ PŘÍPRAVEK A K ZÁKLADNÍMU IMUNOHEMATOLOGICKÉMU VYŠETŘENÍ

Podpis lékaře a sestry!, razítko, adresa, IČZ/IČP

Příjmení, jméno

Číslo pojištěnce

Diagnóza

Kód pojišťovny

Datum, čas odběru

Čas dodání do laboratoře

Den dodání do laboratoře

Přezkoumání žádanky - podpis

Statim

Požadované vyšetření označte křížkem. Vyšetření dostupné statim je označené hvězdou *. Za metodou je uveden typ odebíraného materiálu.

Krevní skupina či opis krevní sk.*

B-EDTA 6 ml

Vyšetření chladových protilátek*

B-EDTA 6 ml

Screening antierytrocyt. protilátek*

B-EDTA 6 ml

Vyšetření volných imunních protilátek

B-EDTA 6 ml

PAT(přímý antiglobulinový test)*

B-EDTA 6 ml

Transfúzní anamnéza neznámá

Požadavky na transfúzní přípravek

Množství T.U.

Předchozí transfúze

ANO

NE

Erytrocyty deleukotizované

Zjištěné protilátky

ANO

NE

Plazma

Potransfúzní reakce

ANO

NE

Trombocyty deleukotizované

Laboratorní číslo

Požadovaný výdej na datum

Vitální indikace (zakroužkuj)

ANO

NE

Podrobné informace jsou dostupné v Laboratorní příručce OHKT, viz <http://www.nemjh.cz/hem>.

Dokumenty k hlášení potransfúzní reakce a důvodu nepodání transfúzního přípravku jsou k dispozici na intranetu nemocnice J. Hradec, a.s. ve složkách oddělení Hematologie a TS.