

Žádanka o předtransfuzní vyšetření a o transfuzní přípravky

Pacient	Pohlaví	muž <input type="checkbox"/>	žena <input type="checkbox"/>	Razítka oddělení (lčp, stanice, odbornost)	
(Ize unifikovaný štítek)					
Příjmení					
Jméno					
Rodné číslo					
Datum narození		Diagnóza			
Pojišťovna		Infekční vzorek		ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
IMUNOHEMATOLOGICKÁ ANAMNÉZA PACIENTA					
KREVNÍ SKUPINA		GRAVIDITA		ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
PŘEDCHOZÍ TRANSFUZE		ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	TRANSPLANTACE	
POTRANSFUZNÍ REAKCE		ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	KREVNÍ SKUPINA MATKY	
POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ					
<input type="checkbox"/>	KOMPLETNÍ PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ (AB0/RhD, screening erytrocyt. protilátek, kompatibilita)				
<input type="checkbox"/>	Dokřížení TP z dodaného vzorku pacienta (Ize do 48 hodin po odběru vzorku, nejdříve telef. domluva)				
<input type="checkbox"/>	Krevní skupina AB0/RhD (obvykle před aplikací trombo TP, plazem)				
<input type="checkbox"/>	Krevní skupina novorozence				
Časová naléhavost požadavku na TP			Druh TP	Počet	ozáření
<input type="checkbox"/> RUTINA			ERD		ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> IHNED (4 hod.po přijetí vzorku na KB)			plazma		ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> STATIM (1,5 hod po přijetí vzorku na KB)			trombocyty		ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> vitální indikace (výdej TP ihned bez předtransfuzní vyšetření, objednávka kl.2538)					
Krevní vzorek odebral:			Lékař:		
(razítka a podpis)			(razítka a podpis)		
Datum a čas odběru vzorku:					

Záznamy laboratoře (nevyplňujte)					
Razítka laboratoře		Příjmení a jméno pacienta			číslo vzorku
Krevní skupina		Výsledek screeningu protilátek			čas příjmu
					urgence
1.Transfuzní přípravek		2.Transfuzní přípravek		3.Transfuzní přípravek	
KS TP	číslo TP	expirace TP	KS TP	číslo TP	expirace TP
4.Transfuzní přípravek		5.Transfuzní přípravek		6.Transfuzní přípravek	
KS TP	číslo TP	expirace TP	KS TP	číslo TP	expirace TP
Lab. vyšetření provedl (razítka a podpis)			Čas hlášení připraveného TP a jméno NLZP		