

VYHRAZENO PRO ČÁROVÝ KÓD
LABORATOŘE



Laboratoř HTO
NsP Česká Lípa, a.s.
Purkyňova 1849, 470 01 Česká Lípa
tel: 487 954 400
IČ: 27283518 DIČ: CZ 27283518

STATIM

VITÁLNÍ INDIKACE

ID pojištěnce: I	Pojišťovna:
Příjmení:	Titul:
Jméno:	<input type="radio"/> Žena <input type="radio"/> Muž
Datum narození:	
Dg: I I	<input type="radio"/> Faktura (samoplátce)
Lékař:	Odbornost:
Razítko (vč. IČZ), podpis:	
Datum odběru:	Datum příjmu:
Čas odběru:	Čas příjmu:
Odebral:	Přijal:

**ŽÁDANKA PRO IMUNOHEMATOLOGICKÁ VYŠETŘENÍ / O VÝDEJ TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU NEBO PŘEVOD KREVNÍHO DERIVÁTU
VYPLŇUJE LÉKAŘ**

HEMATOLOGIE
materiál: periferní krev (K3EDTA, 6 ml)
<input type="radio"/> krevní skupina
<input type="radio"/> screening protilátek
<input type="radio"/> fenotyp
<input type="radio"/> zkouška kompatibility
<input type="radio"/> PAT - přímý Coombsův test
HEMATOLOGIE
materiál: pupečnicková krev
<input type="radio"/> krevní skupina - novorozenci
<input type="radio"/> PAT - novorozenci

TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVEK		KREVNÍ DERIVÁT	
druh	počet	název	počet
<input type="radio"/> EBR/ERD			
<input type="radio"/> plazma/Octaplas LG			
<input type="radio"/> trombokonzentrát			
<input type="radio"/> ozáření			
<input type="radio"/> promytí			

Výdej požadován na den na hod

Imunohematologická anamnéza		
Vyplnění je podmínkou pro provedení vyšetření!		
<input type="radio"/> Antierytrocytární protilátky:	ANO jaké:	NE
<input type="radio"/> Transplantace kostní dřeně /orgánová transplantace:	ANO jaké/kdy:	NE
<input type="radio"/> Předchozí transfuze:	ANO kdy:	NE
<input type="radio"/> Potransfuzní reakce:	ANO jaké/kdy:	NE
<input type="radio"/> Těhotenství:	Pořadí: Týden gravidity: Aplikace anti-D dne: HON:	
<input type="radio"/> Jiné:		