



FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
ŠROBÁROVA 1150/50, 100 34 PRAHA 10, IČO: 00064 173
TRANSFUZNÍ ODDĚLENÍ - PAVILON Y, TEL.: 267 162 653

Žádanka o předtransfuzní/imunohematologická vyšetření a transfuzní přípravky

Identifikační údaje pacienta+diagnóza:	Typ požadavku:		Režim:	
	křížení	<input type="checkbox"/>	rutina ¹⁾	<input type="checkbox"/>
	rezerva	<input type="checkbox"/>	statim	<input type="checkbox"/>
	imunohematologické vyšetření ²⁾	<input type="checkbox"/>	vitální indikace	<input type="checkbox"/>
žádost o plazmu a/nebo trombokoncentrát	<input type="checkbox"/>			
Transfuze v minulosti (datum):	Typ nepravidelné protilátky v minulosti:			
Typ materiálu:	Možný infekční potenciál:			
Poznámka k anamnéze:				
Žádost o dodání transfuzních přípravků			²⁾Požadavky na imunohematologická vyšetření	
Typ přípravku a počet TU	ozáření	promytí	Krevní skupina	<input type="checkbox"/>
ERD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Screening antierytrocytárních protilátek	<input type="checkbox"/>
plazma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rh fenotyp	<input type="checkbox"/>
trombokonzentrát <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Přímý antiglobulinový test	<input type="checkbox"/>
ERD 1/2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krevní skupina novorozence	<input type="checkbox"/>
			HON	<input type="checkbox"/>
¹⁾ Transfuzní přípravek k dodání na datum:	čas:	Nakřížit a ponechat <input type="checkbox"/>		
Poznámka k způsobu dodání:				
Identifikace oddělení +razítko oddělení*:			Datum a čas odběru*:	
Požadující lékař (razítko a podpis)*:			Odebral (razítko a podpis)*:	
DÁLE NEVYPLŇOVAT				
Oddělení:	Štítek pacienta:		Datum testu kompatibility:	
Krevní skupina:				

*povinné položky