Transfuzní oddělení (tel.: 267 162 653, 267 162 654)
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Šrobárova 1150/50, Praha 10, 100 34, IČO 00064173

Žádanka o předtransfuzní/imunohematologická vyšetření a transfuzní přípravky

Identifikační údaje pacienta+diagnóza:	**Typ požadavku:**	**Režim:**
	křížení ☐ rezerva ☐ imunohematologické vyšetření [2] ☐ žádost o plazmu a/nebo trombokoncentrát ☐	rutina [1] ☐ statim ☐ vitální indikace ☐

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	☐
ERD	☐ ____	☐	☐	Screening antierytrocytárních protilátek	☐
plazma	☐ ____	☐	☐	Rh fenotyp	☐
trombokoncentrát	☐ ____	☐	☐	Přímý antiglobulinový test	☐
ERD 1/2	☐ ____	☐	☐	Krevní skupina novorozence	☐
				HON	☐

[1]Transfuzní přípravek k dodání na datum:	čas:	Nakřížit a ponechat ☐
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:		
Imuno:		

	NAT	E	
1			
2			
3			
4			

*povinné položky