

## **ŽÁDANKA O IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ**

<b>Jméno a příjmení:</b>	<b>Pojišťovna:</b>
<b>Rodné číslo</b> (u cizinců č. pojištěnce+datum nar.)	<b>Diagnóza:</b>
<b>Razítko oddělení:</b>	<b>Razítko a podpis lékaře:</b>
<b>IČP:</b>	<b>Odbornost:</b>
<b><u>Žádost o:</u></b>	<b>Druh vzorku: krev</b>
<input type="checkbox"/> <b>PAT (přímý antiglobulinový test)</b> <input type="checkbox"/> <b>NAT (nepřímý antiglobulinový test)</b> <input type="checkbox"/> <b>kompletní imunohematologické vyšetření</b> <input type="checkbox"/> <b>identifikace protilátek</b> <input type="checkbox"/> <b>titrace protilátek</b> <input type="checkbox"/> <b>chladové protilátky</b> <input type="checkbox"/> <b>titrace chladových protilátek</b> <input type="checkbox"/> <b>vysycení (po předchozí telefonické domluvě)</b>	
<b><u>Výsledky vašich vyšetření, případně kopie výsledkového listu:</u></b> (externí žadatelé)	
<b>Transfuze (kdy, kolik):</b>	
<b>Nález antierytrocytárních protilátek v anam.:</b>	
<b>Počet těhotenství:</b>	<b>U gravidních týden těhotenství:</b>
<b>Datum profylaktického podání anti-D (např. při AMC):</b>	
<b>Chronické nebo autoimunitní onemocnění:</b>	
<b>Datum odběru vzorku:</b>	<b>Jméno odebírající sestry</b>
<b>Datum a hodina přijetí na TO:</b>	<b>Zkontroloval:</b>