Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Transfuzní oddělení
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, budova Y
Tel.: 267162653, fax 267162654, email:krevnisklad@fnkv.cz

Čas přijetí na TO:
Zkontroloval:

ŽÁDANKA O PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ A TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY

Jméno
Identifikační číslo
Pojišťovna
Diagnóza

Razítko oddělení (odbornost, IČP, IČZ)

Druh vzorku: krev

Datum a čas odběru: **Odebral (ID a podpis):**

Žádáme o vyšetření:	**Žádáme o dodání:**	
☐ **krevní skupina**	☐ **EBR** ..... TU	☐ **statim** ☐ **vitální ind.**
☐ **screening protilátek**	☐ **ERD** ..... TU	☐ **obj. na den, hod.:**
☐ **křížová zkouška**	☐ **P** ..... TU	☐ **nakřížit a ponechat**
☐ **přímý Coombsův test**	☐ **TAD** ..... TU	☐ **ozáření** ☐ **promytí**

ID, podpis a osobní číslo lékaře:

TU = transfuzní jednotka (nutno doplnit počet)

D á l e n e v y p l ň o v a t

Oddělení	**Jméno**		
	Datum		**nar.**
KS			

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Transfuzní oddělení
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, budova Y
Tel.: 267162653, fax 267162654, email:krevnisklad@fnkv.cz

Čas přijetí na TO:
Zkontroloval:

ŽÁDANKA O PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ A TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY

Jméno
Identifikační číslo
Pojišťovna
Diagnóza

Razítko oddělení (odbornost, IČP, IČZ)

Druh vzorku: krev

Datum a čas odběru: **Odebral (ID a podpis):**

Žádáme o vyšetření:	**Žádáme o:**	**rezerva**
☐ **krevní skupina**	☐ **EBR**	
☐ **screening protilátek**	☐ **ERD**	
☐ **křížová zkouška**	☐ **P**	
☐ **ozáření** ☐ **promytí**	☐ **TAD**	

ID, podpis a osobní číslo lékaře:

počet TU (transfuzní jednotka) bude sdělen při telefonické objednávce

D á l e n e v y p l ň o v a t

Oddělení	**Jméno**		
	Datum		**nar.**
KS			