



ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ TRANSFUZNÍ ODDĚLENÍ

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové–Nový Hradec Králové, IČ: 00179906
tel.: 495832448, 3393, e-mail: transexp@fnhk.cz

štítek

datum a čas příjmu v laboratoři

číslo vzorku

podpis

způsob vyplnění

správně chybně

Příjmení	Datum nar. dd/mm/yyyy	Anamnéza	ne ano	datum poslední
Jméno	Pohlaví <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	Anti-D profylaxe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Číslo pojištění	Pojišťovna	Předchozí transfuze	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diagnóza:	Kód odd. FN	Jiné, uveďte		
Materiál	Datum odběru	Vzorek odebral(a)	ŽADATEL (IČO, odbornost, jméno lékaře a podpis)	
<input type="checkbox"/> nesrážlivá krev				
<input type="checkbox"/> srážlivá krev	Čas odběru	Jméno a podpis		
<input type="checkbox"/>				

IMUNOHEMATOLOGIE	TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY – připravte k výdeji
<input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> STATIM	<input type="checkbox"/> STANDARD na (datum a hodinu):
<input type="checkbox"/> Krevní skupina AB0 RhD	<input type="checkbox"/> STATIM (do 90 minut po dodání vzorku)
<input type="checkbox"/> Screening nepravidelných protilátek (NAT)	<input type="checkbox"/> Erytrocyty deleukotizované <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> ozářené
<input type="checkbox"/> Test kompatibility	<input type="checkbox"/> Plazma <input type="checkbox"/> TU
<input type="checkbox"/> Identifikace antierytrocytových protilátek	<input type="checkbox"/> Trombocyty deleukotizované <input type="checkbox"/> T.D. <input type="checkbox"/> ozářené
<input type="checkbox"/> Titrace antierytrocytových protilátek	<input type="checkbox"/> Jiné
<input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test (PAT)	Pediatrické jednotky
<input type="checkbox"/> Vyšetření chladových protilátek	<input type="checkbox"/> Erytrocyty deleukotizované <input type="checkbox"/> ks <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> ozářené
<input type="checkbox"/> Titrace chladových protilátek	<input type="checkbox"/> Plazma <input type="checkbox"/> ks <input type="checkbox"/> 100 ml
<input type="checkbox"/> Vyšetření erytrocytových antigenů	<input type="checkbox"/> Trombocyty deleukotizované <input type="checkbox"/> ks <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> ozářené
<input type="checkbox"/> Opis krevní skupiny	<input type="checkbox"/> Intraumbilikální TP erytrocytů <input type="checkbox"/> ks <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> HT požadovaný
<input type="checkbox"/> Jiné	
INFEKČNÍ MARKERY (STANDARD)	
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBsAg	
<input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Syfilis	

Pozn.: Při požadavku na TP budou automaticky provedena povinná vyšetření (viz Laboratorní příručka)
Zkratky: TP transfuzní přípravek, TU transfuzní jednotka, T.D. terapeutická dávka, HT hematokrit

MTZ0024992

TRANSF–LV verze 3, platnost od 1. 1. 2020



ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ TRANSFUZNÍ ODDĚLENÍ

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové–Nový Hradec Králové, IČ: 00179906
tel.: 495832448, 3393, e-mail: transexp@fnhk.cz

štítek

datum a čas příjmu v laboratoři

číslo vzorku

podpis

způsob vyplnění

správně chybně

Příjmení	Datum nar. dd/mm/yyyy	Anamnéza	ne ano	datum poslední
Jméno	Pohlaví <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	Anti-D profylaxe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Číslo pojištění	Pojišťovna	Předchozí transfuze	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diagnóza:	Kód odd. FN	Jiné, uveďte		
Materiál	Datum odběru	Vzorek odebral(a)	ŽADATEL (IČO, odbornost, jméno lékaře a podpis)	
<input type="checkbox"/> nesrážlivá krev				
<input type="checkbox"/> srážlivá krev	Čas odběru	Jméno a podpis		
<input type="checkbox"/>				

IMUNOHEMATOLOGIE	TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY – připravte k výdeji
<input type="checkbox"/> STANDARD <input type="checkbox"/> STATIM	<input type="checkbox"/> STANDARD na (datum a hodinu):
<input type="checkbox"/> Krevní skupina AB0 RhD	<input type="checkbox"/> STATIM (do 90 minut po dodání vzorku)
<input type="checkbox"/> Screening nepravidelných protilátek (NAT)	<input type="checkbox"/> Erytrocyty deleukotizované <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> ozářené
<input type="checkbox"/> Test kompatibility	<input type="checkbox"/> Plazma <input type="checkbox"/> TU
<input type="checkbox"/> Identifikace antierytrocytových protilátek	<input type="checkbox"/> Trombocyty deleukotizované <input type="checkbox"/> T.D. <input type="checkbox"/> ozářené
<input type="checkbox"/> Titrace antierytrocytových protilátek	<input type="checkbox"/> Jiné
<input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test (PAT)	Pediatrické jednotky
<input type="checkbox"/> Vyšetření chladových protilátek	<input type="checkbox"/> Erytrocyty deleukotizované <input type="checkbox"/> ks <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> ozářené
<input type="checkbox"/> Titrace chladových protilátek	<input type="checkbox"/> Plazma <input type="checkbox"/> ks <input type="checkbox"/> 100 ml
<input type="checkbox"/> Vyšetření erytrocytových antigenů	<input type="checkbox"/> Trombocyty deleukotizované <input type="checkbox"/> ks <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> ozářené
<input type="checkbox"/> Opis krevní skupiny	<input type="checkbox"/> Intraumbilikální TP erytrocytů <input type="checkbox"/> ks <input type="checkbox"/> ml <input type="checkbox"/> HT požadovaný
<input type="checkbox"/> Jiné	
INFEKČNÍ MARKERY (STANDARD)	
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBsAg	
<input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Syfilis	

Pozn.: Při požadavku na TP budou automaticky provedena povinná vyšetření (viz Laboratorní příručka)
Zkratky: TP transfuzní přípravek, TU transfuzní jednotka, T.D. terapeutická dávka, HT hematokrit

MTZ0024992

TRANSF–LV verze 3, platnost od 1. 1. 2020