

# Oddělení hematologie a krevní transfúze Nemocnice J. Hradec a.s.

**POŽADAVKOVÝ LIST O TRANSFÚZNÍ PŘÍPRAVEK A K ZÁKLADNÍMU IMUNOHEMATOLOGICKÉMU VYŠETŘENÍ**

**Podpis lékaře a sestry!, razítko, adresa, IČZ/IČP**

**Příjmení, jméno**

**Číslo pojištěnce**

**Diagnóza**

**Kód pojišťovny**

**Datum, čas odběru**

**Čas dodání do laboratoře**

**Den dodání do laboratoře**

**Přezkoumání žádanky - podpis**

**Statim**

Požadované vyšetření označte křížkem. Vyšetření dostupné statim je označené hvězdou \*.  
Za metodou je uveden typ odebíraného materiálu.

**Krevní skupina či opis krevní sk.\***

Srážlivá krev

**PAT(přímý antiglobulinový test)\***

Sráž.+B-EDTA

**Screening antierytrocyt. protilátek\***

Srážlivá krev

**Vyšetření chladových protilátek\***

Srážlivá krev

**Požadavky na transfúzní přípravek**

Množství T.U.

**Transfúzní anamnéza neznámá**

**Erytrocyty**

**Předchozí transfúze**

**ANO**

**NE**

**Erytrocyty s leukofiltrem**

**Zjištěné protilátky**

**ANO**

**NE**

**Plazma**

**Potransfúzní reakce**

**ANO**

**NE**

**Trombocyty deleukotizované**

**Laboratorní číslo**

**Požadovaný výdej na datum**

**Vitální indikace(zakroužkuj)**

**ANO    NE**

Podrobné informace jsou dostupné v Laboratorní příručce OHKT, viz <http://www.nemjh.cz/hem>.

Dokumenty k hlášení potransfúzní reakce a důvodu nepodání transfúzního přípravku jsou k dispozici na intranetu nemocnice J. Hradec, a.s. ve složkách oddělení Hematologie a TS.