

 	F_NH_123	Strana č./Celkem stran: 1/1
	Žádanka_o_imunohematologické vyšetření_pupečnickové_krve	Verze: 02 Platnost od: 25.02.2025

Oddělení klinických laboratoří – imunohematologie tel.: 311 559 513

ŽÁDANKA O IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ PUPEČNÍKOVÉ KRVE			
PŘÍJMENÍ		POZNÁMKA LABORATOŘE	VYPLŇUJE LABORATOŘ
JMÉNO			
ČÍSLO POJIŠTĚNCE			
POJIŠŤOVNA		DATUM a ČAS PŘÍJMU DO LABORATOŘE	
DIAGNÓZA (čís. kód)			
ODDĚLENÍ (LÉKAŘ)			
IČP		RAZÍTKO ODDĚLENÍ	
ODBORNOST			
TELEFON			
ODBĚR (DATUM A ČAS)			
ODEBRAL			
		JMÉNO A PODPIS LÉKAŘE	

Požadované vzorky: pupečnicková krev odebraná do EDTA – 6 ml – zkumavky Vacutainer s fialovým uzávěrem

VYŠETŘENÍ ZAHRNUJE: Krevní skupina, PAT (přímý antiglobulinový test) event. Rh D^{w/v}, inkompletní protilátky			
ANAMNÉZA MATKY			
Krevní skupina	ABO		ID štítek matky
	RhD		
Vyšetření nepravidelných protilátek	Nevyšetřeno <input type="checkbox"/> Vyšetřeno <input type="checkbox"/> VÝSLEDEK: (neznámo)		
Porody	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>		
Potraty	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>		
Transfuze	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>		

Zpracoval: Mgr. Markéta Sklenářová
Schválil: Ing. Monika Malcová, MUDr. Zuzana Příbylová