



FAKULTNÍ NEMOCNICE[®]
OLOMOUC

I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČ: 00098892

**ŽÁDANKA O
IMUNOHEMATOLOGICKÉ
VYŠETŘENÍ A VYŠETŘENÍ
INFEKČNÍCH MARKERŮ**

Fm-L009-035-TO-002

Transfuzní oddělení
to@fnol.cz, příjem materiálu tel.:
588 442 891

verze č. 5, str. 1/1

PACIENT (identifikační štítek)

**není-li zaškrtnuto, jde o RUTINU*

ID - číslo pojištěnce: (není-li ID, pak datum narození)	
Jméno a příjmení:	
Adresa:	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	Kód zdravotní pojišťovny (plátce):

STATIM *	
VITÁLNÍ INDIKACE *	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnóza	Diagnóza II. Diagnóza III.

ŽADATEL

Razítko pracoviště: (adresa, IČP, odbornost)

Razítko, IČL a podpis lékaře:
Telefon žadatele:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	jmenovka + podpis		

Datum a čas odběru ** Vzorek odebral(a) Datum a čas příjmu Vzorek přijal(a)

** uveďte skutečné datum odběru (nikoliv datum vystavení žádanky)

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORÁTOŘ (údaje o pacientovi):

Transfuze (počet):	Imunní protilátky: <input type="checkbox"/> nezjištěny <input type="checkbox"/> zjištěny (jaké, kdy):
Potransfuzní reakce: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Transplantace kostní dřeně: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	Počet těhotenství: Počet potratů:

MATERIÁL K VYŠETŘENÍ - označte Zkumavka musí být řádně označena jménem a ID pacienta!

Vyšetření imunohematologické a chladových protilátek: (vzorky nutno dodat při teplotě cca +37 °C nebo v laboratoři po odběru oddělit plazmu (sérum) od erytrocytů)

9 ml srážlivého vzorku krve + 2 x 9 ml nesrážlivého vzorku krve

Vyšetření potransfuzních reakcí (nutno dodat vzorek z předtransfuzního vyšetření - platí pro externí pracoviště mimo FNOL!)

9 ml srážlivého vzorku krve + 9 ml nesrážlivého vzorku krve (K₃EDTA)

Vyšetření infekčních markerů - 6 ml nesrážlivého krevního vzorku (K₃EDTA)

POŽADOVANÉ IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ - volbu označte

<input type="checkbox"/> Krevní skupina	<input type="checkbox"/> Screening protilátek	<input type="checkbox"/> Kompletní imunohemat. vyšetření (dg. AIHA)
<input type="checkbox"/> Chladové protilátky	<input type="checkbox"/> Specifikace protilátek	<input type="checkbox"/> Dg. hemolytické nemoci novorozence (je vyžadován krevní vzorek matky)
<input type="checkbox"/> Antiglobulinový (Coombsův) test	<input type="checkbox"/> Identifikace erytrocytárních antigenů	<input type="checkbox"/> jiné (vypište):

POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ INFEKČNÍCH MARKERŮ - volbu označte

<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> Anti-HCV	<input type="checkbox"/> HIV Ag/Ab	<input type="checkbox"/> Syfilis (SYFILIS IMUNOANALÝZA, RPR)
--------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--

**VYPLŇUJE TO:
KS, PROTLÁTKY V ISTO**