

Žádanka o transfuzní přípravek

Číslo žádanky / číslo příjmu

Pacient(-ka)

Příjmení, jméno:

Č. pojištěnce: / Datum narození: Pohlaví muž ☐ žena ☐

Základní diagnóza.: Diagnóza pro transfuzi: kód ZP:

Odesílá (oddělení):

Transfuze v posledních 4 měsících: **ano** **ne** **nezjištěno**Reakce po transfuzích: **ano** **ne** **nezjištěno** Jaká?Imunní protilátky: **ano** **ne** **nezjištěno** Jaké?**Transfuzní přípravek**

Typ	T.U. / T.D./ ml	Naléhavost	Datum/hod.	Ozáření

Datum a čas objednávky:

Krevní vzorek odebral(a):

Dne:

Čas odběru:

.....
Jmenovka a podpis ordinujícího lékaře**Vyplňuje transfuzní oddělení**

Vzorek/žádanku do laboratoře přijal(a):

Č. vyšetření / Krevní skupina:

Zapsal(a):

Vysvětlivkystupně naléhavosti: **vitální**; **NZP** (nebezpečí z prodlení); **statim**; **standardní** (v případě plánované transfuze na konkrétní datum, event. hodinu)typy transfuzních přípravků: **EBR** = erytrocyty bez buffy-coatu resuspendované; **ERD** = erytrocyty resuspendované deleukotizované; **Plazma**; deleukotizované erytrocyty; **TBSDR** = trombocyty z buffy-coatu směsné deleukotizované v náhradním roztoku; **TAD** = trombocyty z aferézy deleukotizované; **autotransfuze PK** = autologní plná krev**ozáření**: požadavek na ozáření transfuzního přípravku (počet)

Kopie žádanky o transfuzní přípravek

Pacient(-ka)

Příjmení, jméno:

Č. pojištěnce: / Datum narození: Pohlaví muž ☐ žena ☐

Základní diagnóza.: Diagnóza pro transfuzi: kód ZP:

Odesílá (oddělení):

Transfuzní přípravek

Typ	T.U. / T.D./ ml	Naléhavost	Datum/hod.	Ozáření

Datum a čas objednávky:

Krevní vzorek odebral(a):

Dne:

Čas odběru:

.....
Jmenovka a podpis ordinujícího lékaře

Z této žádanky je pro pacienta požadováno:

Typ	Množství	Datum/čas	Oddělení	Podpis	Vydal(a)	Datum/čas

Vyplňuje transfuzní oddělení

Vzorek/žádanku do laboratoře přijal(a):