



Informace o předchozích vyšetřeních - vyplňuje transfuzní odd.

Přijal(a):

## Žádanka na imunohematologické vyšetření erytrocytů

Pacient/ka (nalepit štítek nebo čitelně vypsát)	Razítko žadatele (adresa, IČP)
Příjmení:	
Jméno:	
Číslo pojištění:	
Cizinci – datum narození:	
Pohlaví: Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	
Pojišťovna:	Odbornost:
Diagnóza:	

### Imunohematologická anamnéza pacienta/ky

Imunní protilátky v anamnéze	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano (jaké):
Předchozí transfuze	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano (počet, kdy poslední):
Potransfuzní reakce	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano (jaká):
Gravidita	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano Pořadí: Týden:
Hemolytické onemocnění novorozence	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano (příčina):
Anti-D profylaxe	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano (datum, ve kterém týdnu gravidity):
Transplantace	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano (co, kdy, AB0/RhD dárce):

### Požadované vyšetření (zaškrtněte)

<input type="checkbox"/> Krevní skupina AB0 / RhD	<input type="checkbox"/> Protilátky proti erytrocytům
<input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test	
<input type="checkbox"/> Jiné vyšetření: .....	

### Vyšetření u novorozence

<input type="checkbox"/> Krevní skupina AB0 / RhD	<input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test
<input type="checkbox"/> Volné protilátky anti-A, -B (uved'te RČ a AB0/RhD matky):	

Druh primárního vzorku: <input type="checkbox"/> žilní krev <input type="checkbox"/> pupečníková krev
---

Krevní vzorek odebral(a): (razítko nebo hůlkově, podpis)	Lékař: (jmenovka, podpis)
! Datum a čas odběru vzorku:	Datum: