

ŽÁDANKA O IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ, VIROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

ID: ♀

Titul, příjmení, jméno: ♂

Dg:

Zdravotní pojišťovna: Samoplátce

Adresa (nutné vyplnit u virologického vyšetření):
.....
.....

Identifikace žadatele – IČZ/IČP:

Jméno a podpis lékaře:

NS:

Telefon:

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, a. s. CENTRUM LABORATORNÍ MEDICÍNY TRANSFUZNÍ ODDĚLENÍ

Baarova 15, 460 63 Liberec

Tel.: 485312534 – imunohematologie

Tel.: 485312581 – laboratoř virologie

Tel.: 485312534 – laboratoř HLA

www.nemlib.cz

Pokyny pro odběr naleznete na webových stránkách laboratoře.

Datum a čas odběru:

Jméno a podpis odebírající sestry:

MATERIÁL – zaškrtněte KREV

POŽADOVANÁ VYŠETŘENÍ – zaškrtněte STATIM

IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ ČERVENÉ KREVNI ŘADY

Krevní skupina

Vyšetření antierytrocytárních protilátek

Identifikace antierytrocytárních protilátek

Vyšetření protilátek systému ABO v séru novorozence

Přímý antiglobulinový test

Titrace antierytrocytárních protilátek

Vyšetření erytrocytárních antigenů – fenotyp

Opis krevní skupiny

Chladové aglutininy **

KS + S

Fetomaternální hemoragie průtokovou cytometrií **
*materiál pro vyšetření KEDTA + pupečnicková krev v KEDTA**

IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ BÍLÉ KREVNI ŘADY

Anti-HLA protilátky

Lymfocytotoxický crossmatch před podáním
trombocytárního koncentrátu
materiál pro vyšetření 2 ml/srážlivá krev (příjemce)

Imunohematologická anamnéza:

Krevní skupina (uvedte, je-li známa)

Předchozí transfuze NE ANO – kdy:

Reakce po transfuzích NE ANO – kdy:

Antierocytoyární protilátky – nález – specifita

Transplantace kostní dřen / orgánová / ANO – kdy:

Těhotenství (počet) Týden těhotenství

Porody Aborty

Anti-D profylaxe NE ANO – kdy:

Hemolytické onemocnění novorozence
 ANO – kdy:

PUPEČNÍKOVÁ KREV

RUTINA

MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ

Pacient podepsal informovaný souhlas s vyšetřením
– uložen ve zdrav. dokumentaci žadatele vyšetření.

Pacient nesouhlasí s uskladněním DNA.

D Weak, D Variantní / Partial

Rh systém

MNSs

Kell, Kidd, Duffy

VIROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

HIV-1, 2 protilátky a HIV-1 antigen

Pacient podepsal informovaný souhlas s vyšetřením
– uložen ve zdravotnické dokumentaci žadatele vyšetření.

Virologické vyšetření – dárcovský program

(HIV, HCV, HBsAg, SYPH.)

Vysvětlivky:

* je-li k dispozici

** Žádáme o telefonickou domluvu před odběrem

*** odběr provádí TO, uveďte kontaktní adresu a telefon

Laboratoř při nálezů patologie doplní další potřebná vyšetření k upřesnění diagnózy.

VYPLŇUJE LABORATOŘ: Číslo materiálu:

Datum a čas přijetí vzorku:

Další sdělení pro laboratoř:



010811

© STAPRO s.r.o. OCR 108_11 Tisk 2. 8. 2020