

# 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

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\**

### Imunohematologická anamnéza:

Krevní skupina (uvedte, je-li známa)

Předchozí transfuze  NE  ANO – kdy:

Reakce po transfuzích  NE  ANO – kdy:

Antiererytrocytární 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:

Další sdělení pro laboratoř:

PUPEČNÍKOVÁ KREV

RUTINA

### MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ

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

### Vysvětlivky:

\* je-li k dispozici

\*\* žádáme o telefonickou domluvu na TO před odběrem – tel. 485 312 534

Laboratoř při nález patologické doplní další potřebná vyšetření k upřesnění diagnózy.

**VYPLŇUJE LABORATOŘ:** Číslo materiálu:

Datum a čas přijetí vzorku:

verze 2



010814

© STAPRO s.r.o. OCR 108\_15 Tisk 22.4.2024