

## ŽÁDANKA O KONZULTAČNÍ VYŠETŘENÍ

Krajská nemocnice Liberec, a.s.  
Centrum laboratorní medicíny, Transfuzní oddělení, Baarova 15, 460 63 Liberec  
Laboratoř imunohematologie, tel.: 485 313 230, 485 312 534

### IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE PACIENTA:

Příjmení: Adresa/kontakt:  
Jméno:  
Pohlaví:  
ID (rodné číslo / číslo pojištěnce + datum narození):  
Kód/y diagnózy: Zdravotní pojišťovna:

PRIMÁRNÍ VZOREK: krev/pupečníková krev Datum a čas odběru:

### ŽÁDÁME O VYŠETŘENÍ:

Identifikace antierytrocytárních protilátek  
Zkouška kompatibility  
Krevní skupina AB0 RhD  
Vyšetření erytrocytárních antigenů-vypište:  
Jiné - vypište:

Seznam prováděných metod je uveden na [www.nemlib.cz](http://www.nemlib.cz)

### IMUNOHEMATOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Předchozí transfuze (datum, počet):  
Reakce po předchozích transfuzích:  
Antierocytoyární protilátky - specifita:  
Těhotenství (počet, týden gravidity):  
Aplikace anti-D Ivlg (datum):  
Hemolytické onemocnění novorozence:  
Medikace:

### VÝSLEDKY VAŠICH VYŠETŘENÍ:

Krevní skupina AB0 RhD: Rh fenotyp:  
Další antigeny:  
Reakce nepravidelných antierytrocytárních protilátek - přiložte kopie vašich vyšetření.

### IDENTIFIKACE ŽADATELE:

IČZ/IČP: Odbornost:  
Název a adresa: Telefon:

**Na tuto adresu účtovat vyšetření: ANO / NE**

Jmenovka a podpis odpovědné osoby:

Razítko:

**CHCETE-LI ÚČTOVAT VYŠETŘENÍ JINÉMU ŽADATELI, VYPLŇTE:**

IČZ/IČP: Odbornost:  
Název a adresa: Telefon:

**V PŘÍPADĚ POŽADAVKU NA PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ ZAŠLETE NAVÍC  
ŽÁDANKU O TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVEK!**

POTVRZENÍ O PŘEVZETÍ A PŘEZKOUMÁNÍ VZORKU A ŽÁDANKY - vyplňuje TO KN Liberec, a.s.:

Datum a čas příjmu: Číslo vyšetření (barcode):

Podpis: