

Žádanka o předtransfuzní vyšetření a o přípravu TP

Příjmení.....Krevní skupina

JménoDiagnózaPojišťovna.....

RČ Reakce po transfuzích.....

Počet předchozích transfuzí.....porodů.....potratů.....

Imunitní protilátky zjištěny (kdy a jaké).....

.....

Žádáme o vyšetření:

| | |
|-----------------------|--|
| KS AB0 a RhD | |
| Imunních protilátek | |
| Zkoušky kompatibility | |

Razítko a podpis lékaře

Razítko a podpis sestry

Datum a čas odběru:

.....

Žádáme o dodání:

| | | | |
|-------------------|--------|----------|--------|
| Druh TP (E, P, T) | | Počet TU | |
| | | | |
| Vitální indikace | Statim | Ihned | Rutina |
| Na den | | | |
| Razítko oddělení | | | |

| | | | | |
|--|--------------|---|--------------|--------------|
| Razítko laboratoře | | Příjmení a jméno příjemce | | |
| | | Urgence a čas příjmu | | |
| Krevní skupina | | Výsledek screeningu protilátek | | |
| Exspirace | | | | |
| Číslo TP | | | | |
| KS/Druh | | | | |
| | Kompatibilní | Kompatibilní | Kompatibilní | Kompatibilní |
| Vydáno:dne/čas | | | | |
| Lab.vyšetření provedl: (razítko a podpis) | | Čas hlášení připraveného TP jméno sestry | | |