

Zkumavku se sraženou krví (5 ml) opatřete zátkou s nálepkou s číselným jménem

Oddělení: .....

.....

.....

## ŽÁDANKA O ISOSEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ A O TRANSFÚZNÍ PŘÍPRAVKY

Rodné číslo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jméno ..... nar. .... kr. sk. ....

Diagnóza ..... č. chor. ....

Počet předch. transf. .... porodů ..... potratů .....

Reakce po transfúzích: .....

Imunní protilátky nezjištěny – zjištěny (kdy, jaké)?:

.....

.....

**Žádáme o**

**vyšetření:** krev. skup., kříž. zkoušky

imunních protilátek: .....

.....

.....

**dobání:** krve, erytrocyt, masy,

plazmy .....

.....

na den ..... hodinu .....

Zaškrtněte, oč žádáte.

Razítko a podpis lékaře

Datum:

544 – BEKROS Brno, tel 545 212 608

Laboratoř

Jmeno:

Došlo dne:

Č. vyš.:

Krevní skupina

Výsledek imunohematol. vyšetření:

Křížová zkouška	kons. č.		kons. č.		kons. č.	
	skup.	ml	skup	ml.	skup.	ml
	kompatibilní		kompatibilní		kompatibilní	
Vydáno:			dne	hod	dne	hod
Transfúndováno:	dne	ml.	dne	ml.	dne	ml.
	od	do	hod	od	do	hod
Zajišťovací zkouška						
Biol zkouška						
Komplikace						
* Lab. vyšetření provedl (podpis a razítko)			Transfúzi provedl (podpis a razítko)		Odběr provedl (podpis)	

Založit do citromopisu

