

# REFERENČNÍ LABORATOŘ PRO IMUNOHEMATOLOGII

## Žádost o konzultační vyšetření.

Prosíme, vyplňte svědomitě následující údaje:

Jméno pacienta: .....

r. č. .... pojišťovna: .....

Požadováno pro: komplikace při určení skupiny ABO  
komplikace při určování Rh(D)  
komplikace při určování dalších antigenů  
komplikace při zkoušce kompatibility  
komplikace při identifikaci protilátek  
hemolytické onemocnění novorozence  
potransfuzní reakce  
jiné důvody .....

Imunohematologická anamnéza:  
těhotenství (počet, HON) .....

transfuze (počet, data posledních) .....

labor. imunohem. nálezy v anamnéze: .....

Klinická dg.: .....

Medikace: .....

*(pro ev. další poznámky použijte zadní stranu žádanky)*

Výsledky Vašich vyšetření:  
ABO ..... Rh fenotyp: .....

Další antigeny ..... Reakce nepravidelných protilátek (prostředí, síla, titr aj.)  
.....

*(pokud možno, prosíme o přiložení kopií Vašich protokolů a specifikací použitých reagensů)*

Datum odběru vzorku: .....

Prosíme o zaslání 10—20 ml srážlivé krve  
5—10 ml nesrážlivé krve (EDTA)  
při HON: vzorky krve matky a otce  
při kompat. problémech: inkomp. i komp. vzorky  
při potransf. reakci: před- a potransfuzní vzorky z inkriminované TU a popřípadě  
dalších TU podaných v posledních dnech

**VZORKY KRVE POSÍLEJTE V PEČLIVĚ OZNAČENÝCH ZKUMAVKÁCH, ZABEZPEČENÉ PROTI TEPLOT-  
NÍM VLIVŮM, CO NEJRYCHLEJŠÍ DOPRAVOU — EXPRESNÍ POŠTOU NEBO SANITOU.**

Konzultaci ordinuje: .....

*(jméno a IČO lékaře, IČO organizace, číslo odbornosti)*

Výsledek oznámit na:

telefon ..... adresa .....

fax .....