

Žádanka o vyšetření v Referenční laboratoři pro imunohematologii

-ERYTROCITY, tel.: 221977340, mobil: 775 234 963



ODDĚLENÍ IMUNOHEMATOLOGIE

U Nemocnice 2094/1, 128 00 Praha 2, budova A, 3.p
vedoucí lab: MUDr. Písačka Martin tel:221977205

(Vyplňuje LABORATOŘ !!!)

Materiál převzal a přezkoumal dle LP :

Identifikace vyšetřované osoby

Čas dodání : Datum dodání **20**

Příjmení

***vyplňte u cizinců pojištěných v ČR**

Jméno

Pohlaví

☐

Datum narození*

Číslo pojištěnce / Rodné číslo

Diagnóza

Pojišťovna

** u cizinců nepojištěných v ČR dodejte souhlas domovské pojišťovny a vyplněný formulář E112

Druh primárního vzorku

krev

Datum odběru:

Čas odběru:

Požadováno pro

- | | |
|--|--|
| ☐ Komplikace při identifikaci protilátek* | ☐ Komplikace při určování skupiny ABO |
| ☐ Komplikace při zkoušce kompatibility* | ☐ Komplikace při určování Rh(D) |
| ☐ Titrace | ☐ Komplikace při určování dalších antigenů |
| ☐ Vyšetření před HSCT (příjemce/dárce) | ☐ Přímý Coombsův test (PAT) |
| ☐ Vyšetření po HSCT | ☐ Donath-Landsteiner test (PO OBJEDNÁNÍ) |
| Datum HSCT: | ☐ Jiné důvody (HON, potransfuzní reakce, ... aj.) |

*(v případě potřeby vyšetření HLA protilátek, ev. vysycení séra)

Výsledky vašich vyšetření

ABO

Reakce nepravidelných protilátek (prostředí, síla, titr aj.) - **přiložte kopie vašich výsledků**

Rh fenotyp

Další antigeny

Pacient nesouhlasí:

- ☐ s vyšetřením DNA
☐ s uskladněním DNA

Imunohematologická anamnéza

Labor.imunohem. nálezy v anamnéze

Medikace (vč. anti-D profylaxe a biologické léčby)

Těhotenství (počet,HON), týden současného těhotenství

Transfuze (počet, data posledních)

Identifikace zadavatele

Vyšetření účtovat na

IČP

Odbornost

Výsledek odeslat na

Adresa

Souhlasím se zasíláním výsledků v elektronické podobě na pracovní emailovou adresu.

Souhlasím ano ne

email:

Poučení: Emailové adresy mohou být pouze jmenovitě vztaženy ke zdravotnické organizaci (např. jan.novak@nemocnice.cz).

Výsledky jsou zasílány ve formátu *.pdf a jsou zaheslované. O způsobu zabezpečení budete informováni na vámi uvedený email.

Razítko, jméno a podpis lékaře

Požadované vzorky

Viz laboratorní příručka

min. 10 ml srážlivé krve

5-10 ml nesrážlivé krve (EDTA)

Při HON zasílejte:

Vzorky matky: 5 ml srážlivé + 5ml EDTA

Vzorky otce: 5 ml EDTA

Při **kompat. problémech**: inkompatib.i komp. vzorky

Pro **Donath-Lansteiner test**: 5-10 ml nesrážlivé krve

Při **potransfuzní reakci**: vzorky před a potransfuzní a z inkriminované TU a popřípadě dalších TU podaných v posledních dnech

V případě nedodržení požadavků na vzorky laboratoř nezaručuje kompletní došetření nálezu

JE NUTNO ZAJISTIT DODÁNÍ VZORKŮ PŘÍMO DO LABORATOŘE