

**ŽÁDANKA
O ISOSEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ
A O TRANSFÚZNÍ PŘÍPRAVKY**

rodinné číslo:
č. pojistovny:

Jméno nar. kr. sk.

Diagnóza: č. chor.

Počet předchozích transf. porodů potrátů

Reakce po transfúzích:

Imunní protilátky nezjištěny - zjištěny (kdy, jaké):

Žádáme o
vyšetření: krv. skup., kříž. zkoušky
imunních protilátek:

dodání krve, erytrocyt. masý,
plazmy:

na den hodinu

Zaškrtněte, oč žádáte

Podpis a razítko lékaře:

Datum:

DITIS -114-731/0

Dodává DITIS - spol. s r. o., Oldřichovice 24, 562 06 Ústí nad Orlicí, tel., fax: záznam 465 524 091,
465 524 027, e-mail: dftis@dfits.cz, www.dfits.cz Tisk: KOVARIK, Č. Trebova

Zkumavku se sráženou krví (5 ml) opatřete
zátkou s nálepkou s čitelným jménem

Laboratoř

Jméno:

Došlo dne:

Č. vyš.:

Krevní skupina:

Výsledek imunohematol. vyšetření

Založit do chorobpisu

Křížová zkouška:	kons. č. skup.	mi. ml.	kons. č. skup.	mi. ml.	kons. č. skup.	mi. ml.
	kompatibilní	kompatibilní	kompatibilní	kompatibilní	kompatibilní	kompatibilní
Vydáno:	dne	hod.	dne	hod.	dne	hod.
Transfudováno:	dne	ml.	dne	ml.	dne	ml.
	od	do	od	do	od	do
Zajišťovací zkouška						
Biol. zkouška						
Komplikace						

Lab. vyšetření provedl:
(podpis a razítko)

Transfúzi provedl:
(podpis a razítko)