

ŽÁDANKA O PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ A TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY

Pacient (nalepit štítek nebo vypsát) **Pohlaví** M ☐ Ž ☐ **Razítko oddělení** (adresa, IČP, odbornost, nákl. střed.)

Příjmení:		
Jméno:		
Rodné číslo: _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _		
Pojišťovna:	Diagnóza:	
Datum narození:	Infekční vzorek: NE ☐ ANO ☐	Číslo vyšetření: (doplň Krevní banka)
		Čas příjmu: (doplň Krevní banka)

IMUNOHEMATOLOGICKÁ ANAMNÉZA PACIENTA		☐ Anamnézu nelze zjistit
Krevní skupina ABO / RhD	☐ neznámá ☐ známá	Jaká:
Předchozí transfuze	☐ NE ☐ ANO	Počet: Datum poslední:
Potransfuzní reakce	☐ NE ☐ nelze / není jasné / nezjištěno	☐ ANO Jaká:
Jiné nálezy (protilátky leuko-/trombo-/erytro)	☐ NE ☐ nelze / není jasné / nezjištěno	☐ ANO Jaká:
Gravidita t.č.	☐ NE ☐ ANO Týden:	Předchozí gravidity - počet:
anti-D profylaxe	☐ NE ☐ ANO Datum:	Který týden gravidity: Léčivo:

POŽADOVANÁ PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ A TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY (TP)
☐ Kompletní předtransfuzní vyšetření (ABO/RhD, screening erytrocytových protilátek, zkouška kompatibility)
☐ Pohotovost (ABO /RhD, screening erytrocytových protilátek)
☐ Krevní skupina ABO / RhD (obvykle před aplikací trombocytových TP a plazmy)
☐ Dokřížení TP z dodaného vzorku pacienta (lze do 72 h po odběru vzorku, nejprve telef. objednat, pak zaslat žádanku)

ČASOVÁ NALÉHAVOST POŽADAVKU O TP

☐ rutina / plánovaná transfuze (uveďte den a hodinu přípravy TP)	☐ rezerva (TP do zálohy, uveďte den a hodinu přípravy TP)
☐ statim (TP připraveny do 1,5 hod po přijetí vzorku na KB)	☐ vitální indikace (výdej TP ihned, předtransf. vyš. provedeno dodatečně)

Druh TP	Počet TP / ks / ml	Ozáření	Připravit na den a hodinu
ERD		☐ ANO ☐ NE	
Plasma			

Druh primárního vzorku - plná krev 7 - 10 ml, u malých dětí 2 - 3 ml: ☐ nesrážlivá (EDTA)

Krevní vzorek odebral: (razítko, podpis)	Lékař: (razítko, IČL, podpis)
Datum a čas odběru vzorku:	Datum: