

Příloha č. 2

Žádanka na TP (Žádanka o isoserologické vyšetření a o transfusní přípravky)

Zkumávku se sraženou krví (5ml) opatřete zátkou s nálepkou s cílelým iménem

Oddělení	ŽÁDANKA O ISOSEROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ A O TRANSFÚZNÍ PŘÍPRAVKY rodné číslo: č. pojišťovny:
Jméno nar. kr sk. Diagóza: č. chor. Počet předchozích 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 Datum:	podpis a razítko lékaře:
DITIS 114-731/0 Dodává DITIS s.r.o., PS 31, Oldřichovice 24, 562 06 Ústí nad Orlicí, tel.: 465 524027, fax+záznam.: 465 524091, e-mail: ditis@ditis.cz, http://www.ditis.cz	

Laboratoř	Jméno:		
	Došlo dne:		Č. vyš.:
Krevní skupina:	Výsledek imunohematol. vyšetření		
Křížová zkouška:	kons. č. skup. ml. kompatibilní	kons. č. skup. ml. kompatibilní	kons. č. skup. ml. kompatibilní
Vydáno:	dne hod.	dne hod.	dne hod.
Transfundováno:	dne ml. od do hod.	dne ml. od do hod.	dne ml. od do hod.
Zajišťovací zkouška			
Biol. zkouška			
Komplikace			
Lab. vyšetření provedl: (podpis, razítko)	Transfúzi provedl: (podpis, razítko)		

Založit do chorobopisu