Nemocnice Tábor, a.s.
Oddělení hematologie s pracovištěm krevní banky
Kpt. Jaroše 2000
39003 Tábor 3
Tel.: 381 607 365, KB: 381 607 303

ŽÁDANKA O HEMATOLOGICKÉ A IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

Vysvětlivky: B- plná krev (EDTA), P – plazma (citrát sodný), odb. – nutná přítomnost pacienta

Zde nalepte štítek nebo vyplňte:

Žadatel:…………………………… …………………………..

Tel.: ……………………….. IČZ: …………………………..

IČP:……………………….. Odbornost:……………………

Jméno pacienta : ……………………………………………..

Rodné číslo/datum narození: …………...…………..……….

Bydliště/kontakt:………………………………………………

……………………………………………………..……

Dg.:…………………..…Pojišťovna.:..........................……

Antikoagulační/antiagregační th.:……..……..………………

…………………..…………………….............................……

Pohlaví: □ **muž** □ **žena**

Druh primárního vzorku:

□ **krev venózní** □ **kostní dřeň**
□ **krev kapilární** □ **likvor**
□ **punktát z ….** □ **jiné…………**

Časová naléhavost vyšetření:

☐ RUTINA
☐ STATIM

Žádáme o hematologické vyšetření (zaškrtněte):

☐ B-Krevní obraz + dif
☐ B-Retikulocyty
☐ B- diferenciál absolutně
☐ B- sedimentace erytrocytů
☐ Jiné…………………………………………………………
………..

Koagulace (zaškrtněte):

☐ P-protrombinový test (Quick)
☐ P-APTT
☐ P- D-dimery
☐ P-antitrombin
☐ P-fibrinogen
☐ P-anti Xa
☐ P-trombinový test
☐ Fragilita kapilár[odb.]
☐ Krvácivost[odb.]
☐ P- PFA 200[odb.]

Ostatní/jiná vyšetření (vypište):

…………………………………..
…………………………………..

Imunohematologické vyšetření:

Anamnéza:

Krevní skupina ………………………

Porody, potraty	kdy……………………………....
Předchozí transfuze	kdy……………………………...
Transplantace	kdy……………………………..
Imunní protilátky	jaké…………………………..
Reakce po transfuzích	jaké……………………………..

Žádáme o vyšetření (zaškrtněte):

☐ B-Krevní skupina
☐ B- screening protilátek
☐ B-PAT
☐ Jiné – po domluvě s krevní bankou……………………………………

Vyplní žadatel:

Datum a čas odběru:

Jmenovka a podpis sestry:

Jmenovka a podpis lékaře:

Razítko žadatele:

Vyplní laboratoř KB:

Datum a čas příjmu:

Jmenovka a podpis laboranta: