

ŽÁDANKA O TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVEK A PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ



Transfuzní oddělení FTNsP, Vídeňská 800, Praha 4, p. B2, tel.: 261 08 3310

Možnost nalepit identifikační štítek

Příjmení:						Žadatel	
Jméno:						Jméno lékaře	
Rodné číslo:						IČZ,	
Dg:		Pojišťovna:				Odbornost	
Krevní skupina: (pokud je známa)	dříve zjištěné nepravidelné protilátky		Ano		ne	Telefon:	
	dříve podané transfuze		Ano		ne	Datum:	
	transplantace v minulosti		Ano		ne	Vzorek odebral (jméno, podpis):	
	počet těhotenství						Podpis lékaře

Požadovaný transfuzní přípravek (zaškrtněte):

<input type="checkbox"/>	EBR (erythrocyty bez buffy-coatu resusp.)		TU	
<input type="checkbox"/>	ERD (erythrocyty resusp. deleukotizované)		TU	
<input type="checkbox"/>	P (plazma)		TU	
<input type="checkbox"/>	TBDS (trombocyty deleukotizované směsné)		TD	
<input type="checkbox"/>	TA (tromb. z aferézy)	<input type="checkbox"/>	deleuko	TD
<input type="checkbox"/>	ERD, pediatrické		½ TU	
<input type="checkbox"/>	jiné		TU	
<input type="checkbox"/>	ozářit přípravek			
<i>(1 TD = terapeutická dávka pro dospělého)</i>				

Naléhavost požadavku (zaškrtněte):

<input type="checkbox"/>	absolutní vitální indikace (ihned bez zkoušky kompatibility)
<input type="checkbox"/>	vitální indikace (ihned, zkouška kompatibility následně)
<input type="checkbox"/>	statim (ihned po provedení zkoušky kompatibility)
<input type="checkbox"/>	k podání na den:
<input type="checkbox"/>	rezerva na den:
<input type="checkbox"/>	(zkouška kompatibility se provede až po potvrzení požadavku)
<p>K požadavku o přípravek obsahující erythrocyty je třeba dodat vzorek krve k vyšetření ! (s výjimkou absolutní vitální indikace)</p>	