

## Průvodka k imunohematologickému vyšetření při domácím porodu

### Údaje o vzorku / novorozenci:

Jméno / příjmení: .....  
(není-li jméno známo, uveďte jméno matky + určení syn / dcera, při vícečetném porodu i pořadí narození)

Datum narození: ..... hodina: .....

Rodné číslo: .....  
(pokud již bylo přiděleno)

Datum / hodina doručení vzorku: .....

### Údaje o matce:

Jméno / příjmení: .....

Rodné číslo: ..... Zdravotní pojišťovna: .....

Počet předchozích těhotenství: .....

Krevní skupina: ..... datum vyšetření: .....

Screening neprav. protilátek: ..... datum vyšetření: .....

Podání anti-D imunoglobulinu: ne / ano (datum: .....) )

Vyskytly se při předchozích těhotenství imunohematologické komplikace nebo výrazná novorozenecká žloutenka u dítěte? Pokud ano, jaké?

.....  
.....

### Žadatel o vyšetření:

Jméno / příjmení: .....

Adresa: .....

Číslo osobního dokladu: .....

---

### **Záznam o převzetí výsledků:**

Datum: ..... Podpis: .....

Záznam o úhradě nákladů: .....  
(vyplní pracovník TO)

## Prohlášení žadatele o vyšetření

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v „Průvodce k imunohematologickému vyšetření při domácím porodu“ jsou pravdivé.

Prohlašuji, že jsem byl poučen o významu vyšetření v rozsahu uvedeném v „Poučení“ (viz níže)

Datum: .....

Podpis: .....

---

### Poučení:

- vyšetření je provedeno z dodaného vzorku krve. Za jeho identitu a kvalitu nemůže transfuzní oddělení TN převzít odpovědnost
- výsledky je třeba konzultovat s porodníkem, gynekologem nebo pediatrem přebírajícím novorozence do péče
- o případném podání anti-D imunoglobulinu je nutno rozhodnout do 72 hodin po porodu