

# ŽÁDANKA O TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVEK A PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ



Transfuzní oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, Vídeňská 800, Praha 4, p. B2, tel.: 261 08 3310

Příjmení:		Lab. č.:	Žadatel (IČZ, jméno lékaře, odbornost):
Jméno:			
Rodné číslo:			
Dg:	Pojišťovna:		
Krevní skupina: (pokud je známa)	dříve zjištěné nepravidelné protilátky	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Telefon:
	dříve podané transfuze	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Datum a čas:
	transplantace v minulosti	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Vzorek odebral (jméno, podpis):
	počet těhotenství	.....	Jméno a podpis lékaře:

## Požadovaný transfuzní přípravek (zaškrtněte):

<input type="checkbox"/> EBR (erytrocyty bez buffy-coatu resusp.)	..... TU
<input type="checkbox"/> ERD (erytrocyty resusp. deleukotizované)	..... TU
<input type="checkbox"/> P (plazma)	..... TU
<input type="checkbox"/> TBDS (trombocyty deleukotizované směsné)	..... TD
<input type="checkbox"/> TA (trombocyty z aferézy) <input type="checkbox"/> deleuko	..... TD
<input type="checkbox"/> ERD, pediatrické	..... ½ TU
<input type="checkbox"/> jiné:	..... TU
<input type="checkbox"/> ozářit přípravek	

(1 TD = terapeutická dávka pro dospělého)

## 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: (zkouška kompatibility se provede až po potvrzení požadavku)
<input type="checkbox"/> výdej

**K požadavku o přípravek obsahující erytrocyty je třeba dodat vzorek krve k vyšetření !**

(s výjimkou absolutní vitální indikace)

ODEBERTE DO EDTA (VACUETTE FIALOVÁ)