

# Žádanka o vyšetření v Referenční laboratoři pro imuno hematologii

-ERYTROCITY, tel.: 221977340, mobil: 775 234 963



## ODDĚLENÍ IMUNOHEMATOLOGIE

U Nemocnice 2094/1, 128 00 Praha 2, budova F

vedoucí odd: MUDr. Písačka Martin tel:221977205

(Vyplňuje LABORATOŘ !!!)

Materiál převzal a přezkoumal dle LP :

### Identifikace vyšetřované osoby

Čas dodání : Datum dodání **20**

Příjmení

**\*vyplňte u cizinců pojištěných v ČR**

Jméno

Pohlaví

Datum narození\*

Číslo pojištěnce / Rodné číslo

Diagnóza

Pojišťovna

\*\* u cizinců nepojištěných v ČR dodejte souhlas domovské pojišťovny a vyplněný formulář E112

Druh primárního vzorku

krev

Datum odběru:

Čas odběru:

### Požadováno pro

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Komplikace při identifikaci protilátek* | <input type="checkbox"/> Komplikace při určování skupiny ABO             |
| <input type="checkbox"/> Komplikace při zkoušce kompatibility*   | <input type="checkbox"/> Komplikace při určování Rh(D)                   |
| <input type="checkbox"/> Titrace                                 | <input type="checkbox"/> Komplikace při určování dalších antigenů        |
| <input type="checkbox"/> Vyšetření před HSCT (příjemce/dárce)    | <input type="checkbox"/> Přímý Coombsův test (PAT)                       |
| <input type="checkbox"/> Vyšetření po HSCT                       | <input type="checkbox"/> Donath-Landsteiner test <b>(PO OBJEDNÁNÍ)</b>   |
| Datum HSCT:  | <input type="checkbox"/> Jiné důvody (HON, potransfuzní reakce, ... aj.) |

\*(v případě potřeby vyšetření HLA protilátek, ev. vysycení séra)

### Výsledky vašich vyšetření

ABO

Reakce nepravidelných protilátek (prostředí, síla, titr aj.) - **přiložte kopie vašich výsledků**

Rh fenotyp

Další antigeny

#### Pacient nesouhlasí:

- s vyšetřením DNA  
 s uskladněním DNA

### Imuno hematologická anamnéza

Labor.imunohem. nálezy v anamnéze

Medikace (vč. anti-D profylaxe a biologické léčby)

Těhotenství (počet,HON), týden současného těhotenství

Transfuze (počet, data posledních)

### Identifikace zadavatele

Vyšetření účtovat na

IČP

Odbornost

Výsledek odeslat na

Adresa

Souhlasím se zasíláním výsledků v elektronické podobě na pracovní emailovou adresu.

Souhlasím ano ne

email:

Poučení: Emailové adresy mohou být pouze jmenovitě vztaženy ke zdravotnické organizaci (např. jan.novak@nemocnice.cz).

Výsledky jsou zasílány ve formátu \*.pdf a jsou zaheslované. O způsobu zabezpečení budete informováni na vámi uvedený email.

Razítko, jméno a podpis lékaře

### Požadované vzorky

Viz laboratorní příručka

**min. 10 ml srážlivé krve**

**5-10 ml nesrážlivé krve (EDTA)**

Při HON zasílejte:

Vzorky matky: 5 ml srážlivé + 5ml EDTA

Vzorky otce: 5 ml EDTA

Při **kompat. problémech**: inkompatib.i komp. vzorky

Pro **Donath-Lansteiner test**: 5-10 ml nesrážlivé krve

Při **potransfuzní reakci**: vzorky před a potransfuzní a z inkriminované TU a popřípadě dalších TU podaných v posledních dnech

**V případě nedodržení požadavků na vzorky laboratoř nezaručuje kompletní došetření nálezu**

**JE NUTNO ZAJISTIT DODÁNÍ VZORKŮ PŘÍMO DO LABORATOŘE**