

## ŽÁDANKA O PROVEDENÍ TERAPEUTICKÉ HEMAFERÉZY



Ústav hematologie a krevní transfúze, U Nemocnice 1, 128 20, Praha 2  
 Transfuziologický úsek, přednosta Doc. MUDr. Zdenka Gašová, CSc.  
 Aferetické oddělení  
 Tel.: +420 221997 342, 295  
 Vedoucí: Doc. MUDr. Zdenka Gašová, CSc., email: [Zdenka.Gasova@uhkt.cz](mailto:Zdenka.Gasova@uhkt.cz)

Příjmení, jméno pacienta: Číslo pojištěnce: Krevní skupina:	Pojišťovna: Diagnóza:
---	--------------------------

Jméno lékaře: Oddělení:	Odbornost: IČZ, IČP:
----------------------------	-------------------------

TERAPEUTICKÝ VÝKON	Rizika závažných nežádoucích reakcí
<input type="checkbox"/> <b>Erythrocytaferéza depleční</b> Cílová hodnota hb (g/l), htk	Nestabilní vitální funkce <input type="checkbox"/> Respirace (RR) < 10/min nebo > 30/min <input type="checkbox"/> Tepová frekvence < 50/min nebo > 150/min <input type="checkbox"/> TK systolický < 80 mm Hg nebo > 200 mm Hg <input type="checkbox"/> SpO2 < 90 % <input type="checkbox"/> Arteriální pH < 7,25 nebo > 7,55  <input type="checkbox"/> Anemie Hbg < 7 g/dl nebo htk < 21 % <input type="checkbox"/> Krvácení <input type="checkbox"/> Pacient v intenzivní péči <input type="checkbox"/> Gravidita <input type="checkbox"/> Současná medikace, včetně antikoagulačních přípravků a ACE inhibitorů <input type="checkbox"/> Alergie v anamnéze <input type="checkbox"/> Potransfuzní reakce v anamnéze
<input type="checkbox"/> <b>Trombocytaferéza depleční</b> Cílová hodnota trombocytů 10 G/l	
<input type="checkbox"/> <b>Leukocytaferéza depleční</b> Cílová hodnota leukocytů 10 G/l	
<input type="checkbox"/> <b>Výměnná plazmaferéza</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Výměnná erythrocytaferéza</b> Cílová hodnota hb (g/l), htk	
<input type="checkbox"/> <b>Imunoadsorpcie IgG</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Extrakorporální fotochemoterapie</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Separace PBPC / <input type="checkbox"/> lymfocytů</b>	

**Výsledky provedených vyšetření**

**Epikríza:**

**Výkon:**     Urgentní / požadovaný čas výkonu:  
                    Plánovaný / datum výkonu:

**ANO**                      **CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PACIENTA PŘED PROVEDENÍM VÝKONU**

Vyšetření je podmínkou pro účinné a bezpečné provedení výkonu. Zajišťuje lékař Aferetického oddělení.

(1) Vyšetření pacienta provádí lékař se specializovanou odbornou způsobilostí na Aferetickém oddělení před provedením každého výkonu.

(2) Minimální požadavky na vyšetření pacienta před výkonem: krevní obraz, urea, kreatinin, bilirubin, ALT, AST, Na+, K+, Ca++, Mg++ v séru, APTT, Quick, EKG. Zajištění žilního přístupu.

Datum:	Čas:	Podpis lékaře:
--------	------	----------------

Žádanku přijal - Aferetické odd. Budova B, 2. patro	Datum: Čas:	Podpis lékaře:
--	----------------	----------------

Poznámky: