

## Žiadanka na krvný prípravok a predtransfúzne vyšetrenie

Rodné číslo	Odber dátum	Čas	Dátum žiadanky	Zdr.poisťovňa	Laboratórne číslo	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _						
<b>Priezvisko</b>					<b>Vykonávajúci lekár - pečiatka</b>	
<b>Meno, titul</b>			Dg:	Dg:		Dg:
Oddelenie			tel:			<input type="checkbox"/> <b>Cito</b>
Nákladové stredisko					Odporúčajúci lekár	
Poznámka:					kód lek. kód amb.	

**Krvná skupina ABO Rh:** \_\_\_\_\_ **vyšetrená :( dátum)** \_\_\_\_\_ **pracoviskom:** \_\_\_\_\_

Počet transfúzií v minulosti:	Dátum poslednej podanej transf.:
Potransf. reakcie:	Zistené protilátky:
Počet pôrodov:	Počet abortov:

### Žiadam o vyšetrenie

Krvná skupina ABO Rh                       Krížová skúška

### Žiadam krvný prípravok na deň:                      hod.:                      cito                      vitálna indikácia

prípravok	množstvo
Er deleukotizované (ERD)	TU
iné	

prípravok	množstvo
Plazma čerstvo zmrazená (PCZ)	TU
Plazma čerstvo zmraz.deleukot. (PCZ-D)	TU
Trombocyty z celej krvi (TK)	TU
Tr. poolované deleukotizované (TKBD POOLT)	TU
Tr. z aferézy deleukotizované (TAD)	TU

typovaný                       ožiarený                       autológny

Žiadanku prijal : \_\_\_\_\_ dátum.: \_\_\_\_\_ hod.: \_\_\_\_\_

Pečiatka odd.: \_\_\_\_\_

**Vyplniť dvojmo!** Originál sa odošle so vzorkou krvi ( v prípade požiadavky na vyšetrenie krvnej skupiny a/alebo krížovej skúšky) do krvného skladu, kópia sa archívuje na klinickom oddelení.