

<p>Zde nalepte štítek nebo vyplňte</p> <p>Oddělení/IČZ:</p> <p>Příjmení.....</p> <p>Jméno:Pohlaví:</p> <p>Rodné číslo:</p> <p>Dg.:Pojišťovna:</p> <p>Druh primárního vzorku: krev</p> <p>Imunohematologické vyšetření</p> <p><input type="checkbox"/> Krevní skupina</p> <p><input type="checkbox"/> Screening protilátek (NAT)</p> <p><input type="checkbox"/> Test kompatibility</p> <p><input type="checkbox"/> Přímý antiglobulinový test (PAT)</p> <p><input type="checkbox"/> Jiné</p> <p>Časová naléhavost vyšetření</p> <p><input type="checkbox"/> Standardně</p> <p><input type="checkbox"/> STATIM</p> <p>Výdej TP bez předtransfuzního vyšetření</p> <p><input type="checkbox"/> VITÁLNÍ INDIKACE</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Anamnéza</th> </tr> <tr> <td style="width:30%;">Krevní skupina</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Transplantace kostní dřeně</td> <td><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</td> <td>kdy:</td> </tr> <tr> <td>Biologická léčba</td> <td><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</td> <td>kdy: jaká:</td> </tr> <tr> <td>Předchozí transfuze</td> <td><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</td> <td>kdy:</td> </tr> <tr> <td>Reakce po transfuzích</td> <td><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</td> <td>jaké:</td> </tr> <tr> <td>Imunní protilátky</td> <td><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</td> <td>jaké:</td> </tr> <tr> <td>Anti-D profylaxe (IgG)</td> <td><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</td> <td>kdy:</td> </tr> <tr> <td>Porody, potraty</td> <td><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</td> <td>kdy:</td> </tr> <tr> <td>Začátek hospitalizace</td> <td colspan="2">datum:</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:65%;">Žádáme o TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY</th> <th style="width:10%;">K podání počet</th> <th style="width:10%;">Datum podání</th> <th style="width:10%;">Rezerva počet</th> <th style="width:5%;"></th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Erytrocyty deleukotizované ERD (TU)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ozářit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ery deleukotizované pediatrické ERDped (ml)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plazmu P (TU)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Plazma pediatrická (ml)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trombocyty směsné TBSDR (T.D.)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ozářit</td> </tr> <tr> <td><i>po dohodě s TRS</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Trombocyty z aferézy TADR (T.D.)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ozářit</td> </tr> <tr> <td><i>po dohodě s TRS (autotransfuze, Ery promyté, Octaplas)</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jiné:.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ozářit</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:50%;">Vyplní požadující oddělení</th> <th style="width:50%;">Vyplní laboratoř TRS</th> </tr> <tr> <td>Datum a čas odběru:</td> <td>Datum a čas příjmu:</td> </tr> <tr> <td>Jmenovka a podpis sestry:</td> <td>Jmenovka a podpis laboranta:</td> </tr> <tr> <td>Jmenovka a podpis lékaře:</td> <td></td> </tr> </table>	Anamnéza			Krevní skupina			Transplantace kostní dřeně	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	kdy:	Biologická léčba	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	kdy: jaká:	Předchozí transfuze	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	kdy:	Reakce po transfuzích	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	jaké:	Imunní protilátky	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	jaké:	Anti-D profylaxe (IgG)	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	kdy:	Porody, potraty	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	kdy:	Začátek hospitalizace	datum:		Žádáme o TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY	K podání počet	Datum podání	Rezerva počet		<input type="checkbox"/> Erytrocyty deleukotizované ERD (TU)				<input type="checkbox"/> ozářit	<input type="checkbox"/> Ery deleukotizované pediatrické ERDped (ml)					<input type="checkbox"/> Plazmu P (TU)					<input type="checkbox"/> Plazma pediatrická (ml)					<input type="checkbox"/> Trombocyty směsné TBSDR (T.D.)				<input type="checkbox"/> ozářit	<i>po dohodě s TRS</i>					<input type="checkbox"/> Trombocyty z aferézy TADR (T.D.)				<input type="checkbox"/> ozářit	<i>po dohodě s TRS (autotransfuze, Ery promyté, Octaplas)</i>					<input type="checkbox"/> Jiné:				<input type="checkbox"/> ozářit	Vyplní požadující oddělení	Vyplní laboratoř TRS	Datum a čas odběru:	Datum a čas příjmu:	Jmenovka a podpis sestry:	Jmenovka a podpis laboranta:	Jmenovka a podpis lékaře:	
Anamnéza																																																																																									
Krevní skupina																																																																																									
Transplantace kostní dřeně	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	kdy:																																																																																							
Biologická léčba	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	kdy: jaká:																																																																																							
Předchozí transfuze	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	kdy:																																																																																							
Reakce po transfuzích	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	jaké:																																																																																							
Imunní protilátky	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	jaké:																																																																																							
Anti-D profylaxe (IgG)	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	kdy:																																																																																							
Porody, potraty	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	kdy:																																																																																							
Začátek hospitalizace	datum:																																																																																								
Žádáme o TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY	K podání počet	Datum podání	Rezerva počet																																																																																						
<input type="checkbox"/> Erytrocyty deleukotizované ERD (TU)				<input type="checkbox"/> ozářit																																																																																					
<input type="checkbox"/> Ery deleukotizované pediatrické ERDped (ml)																																																																																									
<input type="checkbox"/> Plazmu P (TU)																																																																																									
<input type="checkbox"/> Plazma pediatrická (ml)																																																																																									
<input type="checkbox"/> Trombocyty směsné TBSDR (T.D.)				<input type="checkbox"/> ozářit																																																																																					
<i>po dohodě s TRS</i>																																																																																									
<input type="checkbox"/> Trombocyty z aferézy TADR (T.D.)				<input type="checkbox"/> ozářit																																																																																					
<i>po dohodě s TRS (autotransfuze, Ery promyté, Octaplas)</i>																																																																																									
<input type="checkbox"/> Jiné:				<input type="checkbox"/> ozářit																																																																																					
Vyplní požadující oddělení	Vyplní laboratoř TRS																																																																																								
Datum a čas odběru:	Datum a čas příjmu:																																																																																								
Jmenovka a podpis sestry:	Jmenovka a podpis laboranta:																																																																																								
Jmenovka a podpis lékaře:																																																																																									

Vysvětlivky k žádance viz druhá strana

Strana 1 z 2

Tiskopis slouží jako žádanka pro imunohematologické vyšetření a objednávka na transfuzní přípravky (TP)

- Je možné požadovat veškeré transfuzní přípravky (TP) na jedné žádance.
- Počet požadovaných TP není omezen.
- Platnost žádanky zůstává 72 hodin od odběru vzorku krve pacienta na předtransfuzní vyšetření. V případě dalšího požadavku TP je nutná nová žádanka.
- Spolu se žádankou je třeba dodat tolik identifikačních štítků pacienta, kolik TP je žádáno.
- Žádanka se vyplňuje bez kopie. U údajů o předchozích transfuzích, transplantaci kostní dřeně dle možností udejte rok, měsíc, počet týdnů po transfuzi.
- Datum začátku hospitalizace je nutný pro sledování frekvence výkonů pro pojišťovnu.
- Je nutné zaškrtnout transfuzní přípravek, dále napsat počet (TU) a datum, případně předpokládanou hodinu výdeje transfuzního přípravku z TRS.

Na běžné imunohematologické vyšetření je zapotřebí vzorek ŽILNÍ nesrážlivé krve, alespoň 5 ml. Odběr do zkumavky s EDTA (fialová vakueta).

Výdej objednaného transfuzního přípravku na oddělení probíhá na základě písemného požadavku (identifikační štítek pacienta, druh a počet TP).

TRS vydá oproti žádosti:

- výsledkový list připravených TP s testem kompatibility
- výdejový doklad s výčtem všech vydaných TP
- při režimu **VITÁLNÍ INDIKACE (po předchozí telefonické domluvě)** je vydán TP pouze s výdejovým dokladem po ukončení vyšetření je vydán výsledkový list
- výsledkové listy se zakládají do dokumentace pacienta