

**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ NOVOROZENCE****TRANSFUZNÍ ODDĚLENÍ**

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové–Nový Hradec Králové, IČ: 00179906

tel.: 495832448, 3393, e-mail: transexp@fnhk.cz

štítek

datum a čas příjmu v laboratoři

číslo vzorku novorozence

podpis

způsob vyplnění

správně chybně

Příjmení

Jméno

Číslo pojištěnce

Diagnóza

Datum nar. dd/mm/rrrr

Pohlaví muž žena

Pojišťovna

Kód odd. FN

ŽADATEL (IČO, odbornost, jméno lékaře a podpis)

Materiál Datum odběru pupečnicková krev periferní krev

Vzorek odebral(a)

Jméno a podpis

IMUNOHEMATOLOGIE STANDARD STATIM**Novorozenec** Krevní skupina AB0 RhD Přímý antiglobulinový test (PAT) Volné protilátky (anti-A, anti-B) Jiné**Matka** Krevní skupina AB0 RhD Screening protilátek Jiné**Matka** štítek

Příjmení

Jméno

Číslo pojištěnce:

Diagnóza:

Datum nar. dd/mm/rrrr

Krevní skupina

Pojišťovna

Kód odd. FN

Materiál Datum odběru nesrážlivá krev srážlivá krev není k dispozici

Vzorek odebral(a)

Jméno a podpis

Anamnéza ne ano

Anti-D profylaxe dneAntierytrocytová protilátka typ

Jiné (uveďte)

Klinické poznámky, doplnění anamnézy

Číslo vzorku matky

MTZ0025029

TRANSF-VN verze 2, platnost od 1. 1. 2020

**ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ NOVOROZENCE****TRANSFUZNÍ ODDĚLENÍ**

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové–Nový Hradec Králové, IČ: 00179906

tel.: 495832448, 3393, e-mail: transexp@fnhk.cz

štítek

datum a čas příjmu v laboratoři

číslo vzorku novorozence

podpis

způsob vyplnění

správně chybně

Příjmení

Jméno

Číslo pojištěnce

Diagnóza

Datum nar. dd/mm/rrrr

Pohlaví muž žena

Pojišťovna

Kód odd. FN

ŽADATEL (IČO, odbornost, jméno lékaře a podpis)

Materiál Datum odběru pupečnicková krev periferní krev

Vzorek odebral(a)

Jméno a podpis

IMUNOHEMATOLOGIE STANDARD STATIM**Novorozenec** Krevní skupina AB0 RhD Přímý antiglobulinový test (PAT) Volné protilátky (anti-A, anti-B) Jiné**Matka** Krevní skupina AB0 RhD Screening protilátek Jiné**Matka** štítek

Příjmení

Jméno

Číslo pojištěnce:

Diagnóza:

Datum nar. dd/mm/rrrr

Krevní skupina

Pojišťovna

Kód odd. FN

Materiál Datum odběru nesrážlivá krev srážlivá krev není k dispozici

Vzorek odebral(a)

Jméno a podpis

Anamnéza ne ano

Anti-D profylaxe dneAntierytrocytová protilátka typ

Jiné (uveďte)

Klinické poznámky, doplnění anamnézy

Číslo vzorku matky

MTZ0025029

TRANSF-VN verze 2, platnost od 1. 1. 2020