

Prostor pro nalepení štítku.

Štítek musí obsahovat: jméno, příjmení, číslo pojištěnce, číslo pojišťovny, diagnózu, nákladové středisko (další údaje jako pohlaví a datum narození se doplňují v hlavičce žádanky).



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2
IČ 00064165, tel. 224961111

F-VFN-802

Strana 1 z 1

Verze číslo: 1

Platnost od:

1. 10. 2016

ŽÁDANKA O IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ PUPEČNÍKOVÉ KRVE

PŘÍJMENÍ		POZNÁMKA LABORATOŘE	Vyplňuje laboratoř
JMÉNO			
POHLAVÍ	<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena		
ČÍSLO POJIŠTĚNCE			
DATUM NAROZENÍ (DD.MM.RRRR)			
POJIŠŤOVNA			
DIAGNÓZA (číselný kód)		DATUM A ČAS PŘÍJMU DO LABORATOŘE	
NÁZEV ODDĚLENÍ		PŘEZKOUMÁNÍ ŽÁDANKY - PODPIS	
NÁKLADOVÉ STŘEDISKO			
TELEFONNÍ KONTAKT			
ODBĚR (datum, čas)			
ODEBÍRAJÍCÍ SESTRA			
		RAZÍTKO ODDĚLENÍ	
		JMÉNO A PODPIS LÉKAŘE	

Požadované vzorky: pupečnicková krev odebraná do 10ml zkumavky bez média.
Pokyny pro odběr naleznete na webových stránkách <http://laboratore.vfn.cz>

Anamnéza	
Porody	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>
Potraty	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>
Transfuze	ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/>
Krevní skupina	AB0
	RhD
Vyšetření nepravidelných protilátek	nevyšetřeno (neznámo) <input type="checkbox"/> vyšetřeno <input type="checkbox"/> výsledek: