



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE, U NEMOCNICE 499/2, 128 08 PRAHA 2,
IČO 00064165; TEL.: 224 961 111

F-VFN-801

Verze č. 2
Platnost od:
01. 06. 2021

Strana 1 z 1

ŽÁDANKA O PRENÁTALNÍ IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

ZDE nalepte štítek

RAZÍTKO ODDĚLENÍ
JMÉNO A PODPIS LÉKAŘE

VYPLŇUJE LABORÁTOŘ

POZNÁMKA LABORATOŘE

DATUM A ČAS PŘÍJMU DO LABORATOŘE

PŘEZKOUMÁNÍ ŽÁDANKY - **PODPIS**

PŘÍJMENÍ

JMÉNO

POHLAVÍ

MUŽ ŽENA

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

DATUM NAROZENÍ (DD.MM.RRRR)

POJIŠŤOVNA

DIAGNÓZA (ČÍSELNÝ KÓD)

NÁZEV ODDĚLENÍ

NÁKLADOVÉ STŘEDISKO

TELEFONNÍ KONTAKT

ODBĚR VZORKU (DATUM, ČAS)

ODEBÍRAJÍCÍ SESTRA

Požadované vzorky: nesrážlivá žilní krev odebraná do zkumavky EDTA – minimálně 2x7 ml nebo 3x5 ml.
Pokyny pro odběr naleznete na webových stránkách <http://laboratore.vfn.cz>

VYŠETŘENÍ ZAHRNUJE:

krvní skupina, screening antierytrocytárních
protilátek

VYŠETŘENÍ MŮŽE BÝT DLE VÝSLEDKU DOPLNĚNO O:

identifikaci antierytrocytárních protilátek, titraci antierytrocytárních protilátek,
vyšetření jednotlivých erytrocytárních antigenů, PAT (přímý antiglobulinový test)

POZNÁMKA K POŽADOVANÉMU VYŠETŘENÍ:

ANAMNÉZA

Porody NE ANO

Aborty NE ANO

UPT (umělé přerušování těhotenství) NE ANO

Amniocentesa NE ANO

Transfuze NE ANO

Profylaxe anti - D NE ANO, kdy:

Imunizace v předchozí graviditě NE ANO, jaká:

Týden/Trimestr těhotenství NE ANO