



ŽÁDANKA

imuno hematologické vyšetření a výdej
transfuzních přípravků a krevních derivátů

Hematologické a transfúzní oddělení
Nemocniční 955, Vsetín 755 01, tel.: +420 571 818 605

PACIENT:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo (datum narození):

Datum a čas odběru:

Odebral + podpis:

ŽADATEL:

Razítko a podpis lékaře:

Kód pojišť.:

Kód Dg.:

STATIM

RUTINA

Datum a čas příjmu:

Vyšetření:

- Krevní skupina
- Screening protilátek
- PAT
- NAT

Výdej:	počet TU	na kdy
erytrocytární TP		
plazma pro klinické použití		
krevní derivát (název)	počet ks	

ÚDAJE LABORATOŘE:

KS orientačně