

# ŽÁDANKA O IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ



**Transfuzní oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice,**

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4,  
p. B2, tel.: 261 08 2425 (3310)

Příjmení:		Žadatel (IČZ, jméno lékaře, odbornost):
Jméno:		
Rodné číslo:		
Dg:	Pojišťovna:	
Datum:		Telefon:
		Podpis:

## Požadovaná vyšetření (zaškrtněte):

<input type="checkbox"/> krevní skupina	<input type="checkbox"/> screening / identifikace nepravidelných protilátek
<input type="checkbox"/> přímý antiglobulinový test (Coombs)	<input type="checkbox"/> stanovení titru anti-A, anti-B

## IMUNOHEMATOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ č.

**Transfuzní oddělení FTN**

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4  
pav. B2, tel.: 261 08 2425 (3310)



Příjmení:		Žadatel (IČZ, jméno lékaře, odbornost):
Jméno:		
Rodné číslo:		
Dg:		

## Závěr vyšetření:

krevní skupina:	datum, razítko, podpis
screening nepravidelných protilátek:	
přímý antiglobulinový test (Coombs):	

ODEBERTE DO EDTA (VACUETTE FIALOVÁ)

VYŠETŘENÍ PROVEDENO Z DODANÉHO VZORKU KRVE