



## Žiadamka na imunoematologické vyšetrenie HTO -imunoematologické vyšetrenie

tel.kontakt: 036/6379 230

Žiadané vyšetrenie označte krížikom - x

<b>Císlo žiadanky:</b> (vypĺňa laboratórium)	<input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/> Bežné	
<b>Priezvisko:</b>	<b>Rč:</b>	Kód, podpis, pečiatka lekára
	<b>Dg:</b>	
<b>Meno:</b>	<b>ZP:</b>	
<b>Titul:</b>	<b>Samoplatca:</b>	
	<b>PZS:</b>	
<b>Dátum a čas odberu:</b>	<b>EU:</b>	
<b>Dátum a čas prijatia:</b>	priložiť fotokópiu preukazu ZP	
<b>KRV *</b>		
Krvná skupina(AB0, Rh, screening antierytrocyt.protil.)	Rh protilátky(screening tepelných protilátok u tehotných)	
Opis vyšetrenia KS (výsledok vyšetrenia z archívu)	Tehotenstvo	počet týždeň
Priamy Coombsov test - PAT	Rhega podaná	nie áno dňa
Nepriamy Coombsov test - NAT	Počet pôrodov	abortov UPT
Chladové protilátky	Počet transfúzií	plaziem
	KS a Rh partnera	

Typ odberu : \* odber krvi do neutrálnej skúmavky bez gélu



## Žiadamka na imunoematologické vyšetrenie HTO -imunoematologické vyšetrenie

tel.kontakt: 036/6379 230

Žiadané vyšetrenie označte krížikom - x

<b>Císlo žiadanky:</b> (vypĺňa laboratórium)	<input type="checkbox"/> CITO <input type="checkbox"/> Bežné	
<b>Priezvisko:</b>	<b>Rč:</b>	Kód, podpis, pečiatka lekára
	<b>Dg:</b>	
<b>Meno:</b>	<b>ZP:</b>	
<b>Titul:</b>	<b>Samoplatca:</b>	
	<b>PZS:</b>	
<b>Dátum a čas odberu:</b>	<b>EU:</b>	
<b>Dátum a čas prijatia:</b>	priložiť fotokópiu preukazu ZP	
<b>KRV *</b>		
Krvná skupina(AB0, Rh, screening antierytrocyt.protil.)	Rh protilátky(screening tepelných protilátok u tehotných)	
Opis vyšetrenia KS (výsledok vyšetrenia z archívu)	Tehotenstvo	počet týždeň
Priamy Coombsov test - PAT	Rhega podaná	nie áno dňa
Nepriamy Coombsov test - NAT	Počet pôrodov	abortov UPT
Chladové protilátky	Počet transfúzií	plaziem
	KS a Rh partnera	

Typ odberu : \* odber krvi do neutrálnej skúmavky bez gélu