

NAROČILNICA ZA KRI

Ime in naslov oddelka: _____

Št. telefona: _____

prostor za nalepko

EMŠO: _____

Priimek: _____
(in dekliški priimek)

Ime: _____

Datum rojstva: _____

NAROČILNICA ŠT.:

Klinična diagnoza: _____

Določitev Krvne skupine AB0/RhD (KS) na ploščici pri odvzemu vzorca krvi: _____
ali KS AB0/RhD na izvidu: _____, **Št. izvida:** _____

Vzorec krvi odvzet dne: _____ ura: _____ odvzel: _____ Podpis: _____
(tiskano)

Podatki o predhodnih transfuzijah (koliko, kdaj, event. komplikacije): _____

Laboratorijske vrednosti pred naročilom: Hb: _____ **Vrednost albuminov** _____
(obvezno izpolnite!) Ht: _____
Tr: _____

NAROČAMO: (ustrezen označite z X)

- ☐ Krvno skupino AB0, RhD in Kell ☐ Titer hladnih aglutininov
☐ Coombsov test ☐ indirektni ☐ direktni
☐ Posamezni eritrocitni antigeni (Rh fenotip, Cw, Jk, Fy, MN, Ss, Lu, Le, Kp, P1)

☐ Navzkrižni preizkusi (NP):

- ☐ **Takoj** – v 5-ih minutah (KS pacienta ni znana) izdamo KEF »O« RhD neg, SZP »AB« (st. urgence »9«)
(KS pacienta je znana) izdamo KEF in SZP njegove KS (st. urgence »0«)
- ☐ **Nujno** – Brez Coombsa v 15 minutah 2 vrečki KEF (za vsako naslednjo vrečko še 5 minut)
(st. urgence »1« = 1. faza po telefonu)
- ☐ **S Coombsom** v 50-ih minutah (st. urgence »2« = 1. faza)
- ☐ **Popolni navzkrižni preizkus** v 90-ih minutah (st. urgence »3« = norm. NP)

PRIPRAVITI:

	Konc. eritrociti	SZP	Konc. trombociti	Albumini	Cepivo IgG anti-D
Količina:					
Za dne:					

REZERVIRATI:

(st. urgence »4«)

	Konc. eritrociti	SZP	Konc. trombociti	Albumini	Cepivo IgG anti-D
Količina:					
Za dne:					

Datum: _____ Ura naročila: _____ Ura sprejema: _____

Ime in priimek zdravnika (tiskano): _____ Številka zdravnika: _____ Podpis zdravnika: _____

Telefonska številka Transfuzijskega centra: (03) 423 3592