

NAROČILNICA ZA LABORATORIJSKE STORITVE

Ime in naslov oddelka:

Št. telefona:

EMŠO: _____

Priimek: _____

(in deklinirani priimek)

Ime: _____

Datum rojstva: _____

NAROČILNICA ŠT.:

Vzorec krvi odvzet dne: _____ Ura odvzema: _____ Odvzel: _____ Podpis: _____
(tiskano)

Klinična diagnoza: _____

Krvna skupina AB0 in RhD (že določena): _____

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

Za nosečnice: podatki o trenutni nosečnosti, teden nosečnosti _____

Podatki o predhodnih nosečnostih: Št. nosečnosti: _____ Št. porodov: _____ Št. splavov: _____

Bila že cepljena proti senzibilizaciji, z IgG anti-D:

Kolikokrat _____, Kdaj _____, Kje _____

NAROČAMO:

☐ Krvno skupino AB0, RhD in Kell

☐ Kell antigen

☐ Coombsov test ☐ indirektni
☐ direktni

☐ Specifikacijo protiteles

☐ Določitev titra protiteles

☐ Elucija po Lui-ju

☐ Titer hladnih aglutininov

☐ Posamezni eritrocitni antigeni (Rh fenotip, Cw, Jk, Fy, MN, Ss, Lu, Le, Kp, P1)

☐ Cepivo IgG anti-D

☐ Ciljano zaščito (CZ)

☐ Obseg fetomaternalne krvavitve (FMK)

☐ Določitev eritrocitnih antigenov pri partnerju
senzibilizirane nosečnice: _____

(ime in priimek nosečnice)

Datum: _____ Ura naročila: _____ Ura sprejema: _____

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

Telefonska številka Transfuzijskega centra: (03) 423 3592