

CENTER ZA TRANSFUZIJSKO MEDICINO
Naročilnica za kri, krvne pripravke in storitve

UKC
MARIBOR
Univerzitetni klinični
center Maribor
Ljubljanska ul. 5
2000 Maribor
Telefon: (02) 321-22-75
Telefax: (02) 321-29-61

**OSEBNI PODATKI
BOLNIKA**

KRVNA SKUPINA:

- ☐ A ☐ AB
☐ B ☐ 0

☐ RhD pozitivna
☐ RhD negativna
Določil: _____

Bolnik(-ca) že sprejel-a transfuzijo:

- ☐ Ne ☐ Da Datum zadnje: _____
Zapleti po transfuziji:
☐ Ne ☐ Da Vrsta zapleta: ☐ Febrilna
☐ Alergična
☐ Hemolitična
Nosečnost ☐ Ne ☐ Da

OBVEZNO:

Hematskrit (%): _____
Hemoglobin (g/l): _____
Št. tromb. ($\times 10^9/l$): _____
Protrombinski čas (PT): _____

STOPNJA NUJNOSTI:

- ☐ Redno delo ☐ Nujno

EDTA

- ☐ Določitev krvne skupine AB0, RhD, Kell
☐ Navzkrižni preizkus
☐ Coombs test direktni
☐ Coombs test indirektni
☐ Preventivna inokulacija z IgG anti D
☐ _____

KRVNI PRIPRAVKI:

- St. enot, volumen: _____
☐ Filtrirani eritrociti: _____
☐ Filtrirani trombociti: _____
☐ Filtrirani trombociti anega-
dajalca - trombolizeza: _____
☐ Sveže zmrznjena plazma: _____
☐ _____

IZDAJA KRVI:

- Izdaja z navzkrižnim preizkusom (NP)
☐ Nujno delo (do 75 min)
☐ Redno delo
Izdaja brez navzkrižnega preizkusa
☐ 0 RhD negativni eri. - **STATIM**
☐ AB0, RhD skladna eri. - **NUJNO**

STORITVE:

- ☐ Avtotransfuzija
☐ Terapevtska citofereza
☐ _____

Čas odvzema: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 0 ☐ 15 ☐ 30 ☐ 45

Čas sprejema: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 0 ☐ 15 ☐ 30 ☐ 45

Podpis in žig zdravnika: _____ Material odvzel (a): _____ Datum odvzema: _____ Tel.: _____

DIAGNOZA:

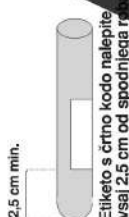
TERAPIJA:

**NAROČILNICO NATANČNO
IN ČITLJIVO
IZPOLNITE!**

PREDVIDEN DATUM,
URA TRANSFUZIJE: _____

OPOMBE:

EDTA	EDTA	DRUGO



IC Štore

Tip napotnice 8, verzija 4, 01/18

CENTER ZA TRANSFUZIJSKO MEDICINO
Naročilnica za kri, krvne pripravke in storitve

UKC
MARIBOR
Univerzitetni klinični
center Maribor
Ljubljanska ul. 5
2000 Maribor
Telefon: (02) 321-22-75
Telefax: (02) 321-29-61

**OSEBNI PODATKI
BOLNIKA**

KRVNA SKUPINA:

- ☐ A ☐ AB
☐ B ☐ 0

☐ RhD pozitivna
☐ RhD negativna
Določil: _____

Bolnik(-ca) že sprejel-a transfuzijo:

- ☐ Ne ☐ Da Datum zadnje: _____
Zapleti po transfuziji:
☐ Ne ☐ Da Vrsta zapleta: ☐ Febrilna
☐ Alergična
☐ Hemolitična
Nosečnost ☐ Ne ☐ Da

OBVEZNO:

- Hematokrit (%): _____
Hemoglobin (g/l): _____
Št. tromb. ($\times 10^9/l$): _____
Protrombinski čas (PT): _____

STOPNJA NUJNOSTI:

- ☐ Redno delo ☐ Nujno

EDTA

- ☐ Določitev krvne skupine AB0, RhD, Kell
☐ Navzkrižni preizkus
☐ Coombs test direktni
☐ Coombs test indirektni
☐ Preventivna inokulacija s IgG anti A
☐ _____

KRVNI PRIPRAVKI:

- ☐ Filtrirani eritrociti: _____ št. enot, volumen: _____
☐ Filtrirani trombociti: _____
☐ Filtrirani trombociti enega dajalca - trombokreza: _____
☐ Sveže zmrznjena plazma: _____

IZDAJA KRVI:

- Izdaja z navzkrižnim preizkusom (NP)
☐ Nujno delo (do 75 min)
☐ Redno delo
Izdaja brez navzkrižnega preizkusa
☐ 0 RhD negativni eri. - **STATIM**
☐ AB0, RhD skladna eri. - **NUJNO**

STORITVE:

- ☐ Avtotransfuzija
☐ Terapevtska citofereza
☐ _____

Čas odvzema:

☐ 0 ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23

☐ 0 ☐ 15 ☐ 30 ☐ 45

Čas sprejema:

☐ 0 ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23

☐ 0 ☐ 15 ☐ 30 ☐ 45

Podpis in žig zdravnika:

Materijal odvzel (a):

Datum odvzema:

Tel.:

DIAGNOZA:

TERAPIJA:

**NAROČILNICO NATANČNO
IN ČITLJIVO
IZPOLNITE!**

**PREDVIDEN DATUM,
URA TRANSFUZIJE:** _____

OPOMBE:

1. Skladnost v AB0 in RhD za KE/SZP:

Krvna skupina	Antigeni na eritrocitih	Protitelesa v plazmi	Skladnost KE	Skladnost SZP
A	A	anti-B	A; 0	A; AB
B	B	anti-A	B; 0	B; AB
AB	A in B	nima	AB; A; B; 0	AB
0	0	anti-A in anti-B	0	0; A; B; AB
RhD-poz	RhD		RhD-poz ali neg	
RhD-neg		nima do prvega stika z antigenom RhD	RhD-neg - izjemoma RhD-poz na osnovi negativnega ICT, - nikoli RhD-neg deklicam in ženskam v rodni dobi	

2. Navodila za odvzem in pošiljanje vzorcev krvi:

Obvezni podatki na epruveti so bolnikovo ime, priimek in datum rojstva ter datum in ura odvzema vzorca. Izpišete jih ob bolniku, ki jih poda sam (pozitivna identifikacija) ali so razvidne iz ustreznih oznak (npr. zapestnica) oziroma po preverjanju nalepke predhodno tiskano etiketo. Bolnikovi podatki se morajo ujemati s podatki na osebem dokumentu! Vzorec ob odvzemu obvezno označite s črtno kodo, ki ste jo odlepili z naročilnice. Če ste odvzeli več vzorcev (skupno največ 3), jih označite s preostalimi kodami z iste naročilnice oziroma izpolnite novo naročilnico in uporabite kode z nje.

Za preiskave odvezmite 6 ml venske krvi v sterilno epruveto z antikoagulantom EDTA. Izjema so novorojenčki in majhni otroci, ki jim odvezmite 2-3 ml krvi. Vzorce pošljite čimprej po odvzemu. Hranite jih na +2 do +8°C. Izjema so vzorci bolnikov s hladnimi aglutinini, ki jih pošljite takoj po odvzemu v termostabilni posodi na +37°C.

Vzorec krvi za navzkrižni preizkus sme biti odvzet največ 4 dni pred transfuzijo. Pri nosečnicah in bolnikih, ki so prejeli transfuzijo v zadnjih 30 dnevih, sme biti vzorec odvzet največ 24 ur pred transfuzijo. Kadar bolniki ponavljajoče prejemajo transfuzije, dnevni vzorec za navzkrižni preizkus ni obvezen. Pri njih izvajamo presejalno testiranje na klinično pomembna protitelesa vsakih 72 ur.

Kadar so bolnikovi podatki na epruveti z vzorcem njegove krvi ali na naročilnici nečitljivi, nepopolni ali neskladni, naročila ne moremo sprejeti in vas prosimo za novo naročilnico in/ali nov vzorec bolnikove krvi.