



### Žádanka na prenatální vyšetření

Prim.MUDr.Fenclová Zdenka tel.461 655 430 laboratoř: 461 655 434, email:hto.lin@nempk.cz

Razítko odesílatele: IČZ: Odbornost:	Datum a hodina odběru:	
	Odebral, podpis:	
	Kolikáté těhotenství/týden těh.:	
	Počet porodů:	
	Počet potratů:	
Transfuze:		
Druh primárního vzorku:	Aplikace anti-D:	
Typy odběrových zkumavek: K2EDTA = 1, sražená krev = 2	Dříve zjištěné protilátky u matky (jaké):	
	HON u novorozence v předchozí gravid.: Ano / Ne	
Příjmení a jméno:		
Rodné číslo:	Diagnóza:	Poj:
Datum narození:		
Adresa nebo jiný kontakt:		
<b>Imunohematologické vyšetření:</b>		Typ zkumavky
KS (krevní skupina):		1
Screening nepravidelných protilátek		1
Chladové protilátky		1
<b>Speciální vyšetření po zjištění pozitivitu nepravidelných protilátek (po domluvě doplní laboratoř):</b>		
Rh fenotyp		1
KELL systém		1
PAT		1
Identifikace protilátek		1
Titr protilátek		1
<b>Sérologické vyšetření:</b>		
HIV comb Ab/Ag		2
HBsAg		2
Syphylis ELISA specifické Ab, RPR nespecifické Ab		2
HCV comb Ab/Ag		2
<b>V případě potřeby zajistíme konfirmační vyšetření.</b>		