



Krevní skupina pacienta



Karvinská  
hornická  
nemocnice a.s.

### Žádanka o laboratorní vyšetření

Oddělení klinické biochemie KHN a.s  
Zakladatelská 975/22  
Karviná – Nové Město  
Tel.: 596 380 177

#### Jméno pacienta:

Rodné číslo:

Diagnóza:

Zdrav. poj.:

Razítko oddělení/Jméno a podpis/Odbornost:

#### ŽÁDANKA O TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY:

Žádáme o: ..... (druh TP) ..... (počet TP)

žadající lékař:.....

#### IMUNOHEMATOLOGICKÁ ANAMNÉZA:

Počet porodů ..... , potratů .....

Reakce po transfuzích .....

Počet předchozích transfuzí .....

Výskyt nepravidelných protilátek .....

Imunohematologické komplikace v rodině .....

Datum a čas odběru:

Odebral: