

Pieprasījums pacientu asins paraugu imūnhematoloģiskai izmeklēšanai

Valsts asinsdonoru centrs, Hematoloģiskās izmeklēšanas nodaļa, Rīga, Sēlpils ielā 9, LV-1007, tālr.67408873, 26599843

Slimnīca _____ Nodaļa _____ Tālrunis _____

Adrese _____ Ārsts _____

Pacients _____ Vecums: _____ Personas kods: _____

Klīniskā diagnoze _____

Asins parauga **noņemšanas** datums _____ Laiks (plkst.) _____Asins parauga **nosūtīšanas** datums _____Venozs asins paraugs: ☐ bez antikoagulanta; ☐ ar antikoagulantu

Asins paraugu sagatavoja _____

Asins grupa _____ Ārsta paraksts _____

Iepriekšējie dati:Iepriekšējas transfūzijas: ☐ jā ☐ nē

Pēdējās transfūzijas datums: _____ RH(D) _____

Transfūziju reakcijas: ☐ jā ☐ nē Antivielas _____

Grūtniecību skaits _____ Fenotips _____

Dzemdību skaits _____

Nepieciešamie izmeklējumi (vajadzīgo atzīmēt):

ABO asins grupas precizēšana	
RH(D)-piederības precizēšana	
Antivielu skrīnings	
Antivielu identifikācija	
Antivielu titrēšana	
Fenotipizēšana	
Direktais antiglobulīna tests(DAT)	
DAT diferencēšana	
Asins saderības izmeklēšana:	
nepieciešamais EM devu skaits	
prognozējamais transfūzijas datums	

Saņemtie medikamenti:

Rh-īmūnglobulīns	
Pēdējā saņemšana (datums)	
Daratumumabs	
Pēdējā saņemšana (datums)	
Koloīdi vai kristaloīdi	
Pēdējā saņemšana (datums)	
Norādīt tilpumu	

Citi izmeklējumi: _____

Ārsta paraksts: _____

Paraugšs saņemts laboratorijā: _____ plkst. _____

Paraugu pieņēma: _____

(v.uzvārds, paraksts)