

# Informativní výtisk

OTH - Příloha č. 2 k LP (Žádanky)  
Pracovní instrukce/číslo: D-PI-OTH-002  
verze : 06  
strana : 1 z 6

## POŽADAVKOVÉ LISTY – ŽÁDANKY PREFEROVANÉ NA OTH ON JIČÍN A. S.

Platnost od: 1. 9. 2018

### 1. Žádanka červená, formát A4 (Poukaz na laboratorní vyšetření, „Biochemická“)

Vyšetření, která je možné žádat:

KO, diferenciální počet leukocytů (přístrojově, mikroskopicky), retikulyocyty, Sedimentace, Protrombinový test, APTT, Trombinový test, Fibrinogen, D-dimery, Antitrombin, LMWH, DTI, DXaI (rivaroxaban, apixaban), APC-rezistence, Krevní skupina vč. Rh, Screening protilátek, Trombocyty ze zkumavky ThromboExact, Krvácivost, Fragilita kapilár. **Požadavek na vyšetření Trombocyty – procain zapište do kolonky Místo pro vaše další požadavky.**

Vzor:

Přední strana

Zadní strana

# Informativní výtisk

OTH - Příloha č. 2 k LP (Žádanky)  
Pracovní instrukce/číslo: D-PI-OTH-002  
verze : 06  
strana : 2 z 6

## 2. Žádanka růžová, formát A5 (Poukaz na laboratorní vyšetření, „Hematologická“ – pro oddělení ONJC)

### Vyšetření, která je možné žádat:

KO, diferenciální počet leukocytů (přístrojově, mikroskopicky), retikulocyty (přístrojově, mikroskopicky), Sedimentace, Protrombinový test, APTT, Trombinový test, Fibrinogen, Antitrombin, D-dimery, EGT, LMWH, APC-rezistence, DTI, DXal (Rivaroxaban, Apixaban), Krevní skupina vč. RhD, Trombocyty ze zkumavky ThromboExact, Krvácivost, Fragilita kapilár, Vyšetření punktátu – Krevní obraz, Likvor - buničky.

**Požadavek na vyšetření Trombocyty – procain zapište do kolonky Místo pro vaše další požadavky.**

### Vzor:

Přední strana

POUKAZ NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ		MORFOLOGIE	KOAGULACE	JINÁ VYŠETŘENÍ
<b>OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN a. s.</b> Bolzanova 512, 506 01 Jičín tel.: 493 582 111, fax: 493 523 514 email: nemjc@nemjc.cz, www.nemjc.cz <b>Oddělení transfúzní a hematologické</b> příjem, výsledky: 493 582 286 služba (14:45 – 6:30): 493 582 132 <b>Poznámky laboratoře:</b> <input type="text"/>		<b>plná krev – K<sub>2</sub>EDTA (fialová)</b> <input type="radio"/> KO *t <input type="radio"/> KO + dif. přístrojový *tc <input type="radio"/> KO + dif. mikroskop. *td <input type="radio"/> Retikulocyty 2030  <input type="radio"/> Kapilární odběr 2084	<b>plazma – citrát 1:9 (modrá)</b> <input type="radio"/> PT (Quick) *Q Warfarin ano / ne <input type="radio"/> APTT *A <input type="radio"/> Fibrinogen 2365 <input type="radio"/> Antitrombin 2367 <input type="radio"/> D-dimery 2361 <input type="radio"/> Trombinový test 2351 <input type="radio"/> EGT 2369 <input type="radio"/> APC-R <small>samostatná zkumavka</small> 2376  <input type="radio"/> LMWH 2371 <input type="radio"/> DTI - dabigatran 2381 <input type="radio"/> DXal - rivaroxaban 2383 <input type="radio"/> DXal - apixaban 2385  Dávkování:  Čas aplikace / podání:	<b>JINÁ VYŠETŘENÍ</b> <input type="radio"/> Trombocyty ThromboExact® 2028 <input type="radio"/> Reti. mikroskop. *rtc <input type="radio"/> Krvácivost (Duke) 2395 <input type="radio"/> Fragilita kapilár (RL) 2396  <b>IMUNOHEMATOLOGIE</b> <b>plná krev – K<sub>2</sub>EDTA (fialová) 4ml</b> <input type="radio"/> Krevní skupina 2401  Místo pro vaše další požadavky:
Čas příjmu materiálu: <input type="text"/>	Přijal: <input type="text"/>	<b>plná krev – citrát 1:4 (černá)</b> <input type="radio"/> Sedimentace 2081		
Číslo pojištěnce (ID) <input type="text"/>	Datum narození* <input type="text"/>	<b>VYŠETŘENÍ LIKVORU</b> <b>zkumavka bez přísad, sterilní</b> <input type="radio"/> Likvor buničky *csf		
Příjmení: <input type="text"/>		<b>VYŠETŘENÍ PUNKTÁTU</b> <b>citrát 1:9 (modrá)</b> <input type="radio"/> KO z punktátu *pu		
Jméno, titul: <input type="text"/>	<input type="text"/>	Místo odběru: <input type="text"/>		
Diagnózy: <input type="text"/>				
Pojistovna: <input type="text"/>	<input type="radio"/> Muž* / <input type="radio"/> Žena* / <input type="radio"/> STATIM			
Datum odběru: <input type="text"/>	Odebral (jméno a podpis): <input type="text"/>			
Čas odběru: <input type="text"/>				
Identifikace žadatele - razítko vč. IČZ/IČP Ordinující lékař - jméno a podpis				

Pozn.: ihned na OTH, nutná domluva s laboratoří, Odběr vzorku provést cca 3 až 4 hodiny po podání LMWH.  
\* Datum narození a pohlaví vyplňte, pouze pokud nevyplývá z čísla pojištěnce (ID).

Žádanku vyplňujte čitelně, požadované metody označte vyplněním příslušných koleček černou nebo modrou barvou:  
**SPRÁVNĚ**

Barevně odlišené metody jsou v rutinním režimu agregovány do tzv. „lůžkové“.

1762  
© STAPRO s.r.o. OCR 176\_2  
Tisk 25. 1. 2018

# Informativní výtisk

OTH - Příloha č. 2 k LP (Žádanky)  
Pracovní instrukce/číslo: D-PI-OTH-002  
verze : 06  
strana : 3 z 6


## 3. Žádanka fialová, formát A5 (Poukaz na laboratorní vyšetření, „Imunohematologická“ – pro oddělení ONJC)

### Vyšetření, která je možné žádat:

Krevní skupina vč. RhD, Screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek, přímý antiglobulinový test, fenotyp (Rh: CcEeC<sup>w</sup>, Kell: K), chladové protilátky, opis krevní skupiny, test kompatibility.

### Vzor:

Přední strana

POUKAZ NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ		ANAMNÉZA			POZNÁMKY LABORATOŘE – nevyplňujte		
<b>OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN a. s.</b> Bolzanova 512, 506 01 Jičín tel.: 493 582 111, fax: 493 523 514 email: nemjc@nemjc.cz, www.nemjc.cz  <b>Oddělení transfuzní a hematologické</b> příjem, výsledky: 493 582 286 služba (14:45 – 6:30): 493 582 132  <b>Poznámky laboratoře:</b> <input type="text"/>		ne	ano	datum poslední			
<b>Čas příjmu materiálu:</b> <input type="text"/> <b>Přijal:</b> <input type="text"/>		Předchozí transfuze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Číslo pojistnice (ID) <input type="text"/> Datum narození* <input type="text"/>		Anti-D profylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Příjmení: <input type="text"/>		Jiné, uveďte:					
Jméno, titul: <input type="text"/> <span style="float:right">ŠTÍTEK</span>							
Diagnózy: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
Pojišťovna: <input type="text"/> <input type="radio"/> Muž* / <input type="radio"/> Žena* <input type="radio"/> STATIM							
Datum odběru: <input type="text"/> Odebral (jméno a podpis): <input type="text"/>							
Čas odběru: <input type="text"/>							
Identifikace žadatele - razítko vč. IČZ/IČP Ordinující lékař - jméno a podpis							
		IMUNOHEMATOLOGIE			TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY		
		primární vzorek: krev			připravte k výdeji		
		Plná krev - K <sub>2</sub> EDTA (fialová)			<input type="radio"/> STANDARD (datum a hodinu);		
		<input type="radio"/> Krevní skupina	2401		<input type="radio"/> STATIM (do 90 minut po dodání vzorku)		
		<input type="radio"/> Screen. protilátek 6ml	2408		<input type="radio"/> Erytrocyty <input type="radio"/> de leukotizované	TU	
		<input type="radio"/> PAT	2415		<input type="radio"/> Plazma	TU	
		<input type="radio"/> Test kompatibility	*kpg		<input type="radio"/> Trombocyty de leukotizované	T.D.	
		<input type="radio"/> Fenotyp (Rh, K)	*atg		<input type="radio"/> Jiné:		
					Pozn.: Při požadavku na TP budou automaticky provedena povinná vyšetření (viz. laboratorní příručka). Zkratky: TP transfuzní přípravek, TU transfuzní jednotka, T.D. terapeutická dávka.		
		Srážlivá krev (červená bez gelu)			Žadanku vyplňujte čitelně, požadavky označte vyplněním příslušných koleček černou nebo modrou barvou <b>SPRÁVNĚ:</b> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		
		<input type="radio"/> Chladové protil.	*CHD		* Datum narození a pohlaví vyplňte, pouze pokud nevyplývá z čísla pojistnice.		
					 1600		
		Administrativní úkony					
		<input type="radio"/> Opis krevní skupiny	*kso		© STAPRO OCR 160_0 Tisk 25. 3. 2016		

# Informativní výtisk

OTH - Příloha č. 2 k LP (Žádanky)  
Pracovní instrukce/číslo: D-PI-OTH-002  
verze : 06  
strana : 4 z 6

## 4. Žádanka žlutá, formát A5 (Poukaz na laboratorní vyšetření, „Imunohematologická – pouze pro novorozenecké oddělení ONJC“)


### Vyšetření, která je možné žádat:

Novorozenec - Krevní skupina vč. RhD, přímý antiglobulinový test, volné inkompletní protilátky.

Matka - Krevní skupina vč. RhD, Screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek, přímý antiglobulinový test.

### Vzor:

Přední strana

POUKAZ NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ	IMUNOHEMATOLOGIE NOVOROZENEK	MATKA												
<p>OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN a. s. Bolzanova 512, 506 01 Jičín tel.: 493 582 111, fax: 493 523 514 email: nemjc@nemjc.cz, www.nemjc.cz</p> <p>Oddělení transfúzní a hematologické příjem, výsledky: 493 582 286 služba (14:45 – 6:30): 493 582 132</p> <p>Poznámky laboratoře:</p> <input type="text"/>	<p>Plná krev - K<sub>3</sub>EDTA (fialová)</p> <p><input type="radio"/> Pupečnicková krev 4 ml</p> <p><input type="radio"/> Žilní odběr 2 ml</p> <p><input type="radio"/> Krevní skupina *ksn</p> <p><input type="radio"/> PAT 2415</p> <p><input type="radio"/> VIP *vip</p> <p>KS matky:</p> <p>Místo pro vaše další požadavky:</p>	<p><b>MATKA</b></p> <p>Číslo pojistnice (ID): <input type="text"/> Datum narození* <input type="text"/></p> <p>Příjmení: <input type="text"/></p> <p>Jméno, titul: <input type="text"/> <small>ŠTÍTEK</small></p> <p>Diagnózy: <input type="text"/></p> <p>Pojistovna: <input type="text"/></p> <p>Datum odběru: <input type="text"/> Odebral (jméno a podpis): <input type="text"/></p> <p>Čas odběru: <input type="text"/></p> <table border="1"><thead><tr><th>ANAMNÉZA</th><th>ne</th><th>ano</th><th>datum:</th></tr></thead><tbody><tr><td>Anti-D profylaxe</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td></td></tr><tr><td>Antierocytová protilátka</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td>typ:</td></tr></tbody></table> <p>Klinické poznámky, doplnění anamnézy:</p> <p><input type="text"/></p>	ANAMNÉZA	ne	ano	datum:	Anti-D profylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Antierocytová protilátka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	typ:
ANAMNÉZA	ne	ano	datum:											
Anti-D profylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>												
Antierocytová protilátka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	typ:											
<p>Čas příjmu materiálu: <input type="text"/> Přijat: <input type="text"/></p> <p>Číslo pojistnice (ID): <input type="text"/> Datum narození* <input type="text"/></p> <p>Příjmení: <input type="text"/></p> <p>Jméno, titul: <input type="text"/> <small>ŠTÍTEK</small></p> <p>Diagnózy: <input type="text"/></p> <p>Pojistovna: <input type="text"/> <input type="radio"/> Muž* / <input type="radio"/> Žena* <input type="radio"/> STATIM</p> <p>Datum odběru: <input type="text"/> Odebral (jméno a podpis): <input type="text"/></p> <p>Čas odběru: <input type="text"/></p> <p>Identifikace žadatele - razítko vč. IČZ/IČP Ordinující lékař - jméno a podpis</p> <p><input type="text"/></p>	<p>IMUNOHEMATOLOGIE MATKA</p> <p>Plná krev - K<sub>3</sub>EDTA (fialová) 6 ml</p> <p><input type="radio"/> Krevní skupina 2401</p> <p><input type="radio"/> Screen. protilátek 2408</p> <p><input type="radio"/> PAT 2415</p> <p>Místo pro vaše další požadavky:</p>	<p>Žádanku vyplňujte čitelně, požadavky označte vyplněním příslušných koleček černou nebo modrou barvou</p> <p>SPRÁVNĚ: <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>* Datum narození a pohlaví vyplňte, pouze pokud nevyplývá z čísla pojistnice.</p>  <p>1620</p>												
<p>© STAPRO OCR 162_0 Tisk 25. 4. 2016</p>														

# Informativní výtisk

OTH - Příloha č. 2 k LP (Žádanky)  
Pracovní instrukce/číslo: D-PI-OTH-002  
verze : 06  
strana : 5 z 6


## 5. Žádanka zelená, formát A5 (Žádanka o výdej TP/KD – pro oddělení ONJC)

**Vyšetření, která je možné žádat:**

Slouží pouze pro výdej transfuzních přípravků a krevních derivátů.

**Vzor:**

Přední strana

ŽÁDANKA O VÝDEJ TP / KD		TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY																						
<p><b>OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN a. s.</b> Bolzanova 512, 506 01 Jičín tel.: 493 582 111, fax: 493 523 514 emál: nemjc@nemjc.cz, www.nemjc.cz</p> <p><b>Oddělení transfuzní a hematologické</b> příjem, výsledky: 493 582 286 služba (14:45 – 6:30): 493 582 132</p> <p><b>Poznámky laboratoře:</b></p> <input type="text"/>		<p><input type="radio"/> Erytrocyty      <input type="radio"/> deleukotizované      <input type="text"/> TU</p> <p><input type="radio"/> Plazma      <input type="text"/> TU</p> <p><input type="radio"/> Trombocyty deleukotizované      <input type="text"/> T.D.</p> <p><input type="radio"/> Jiné .....</p>																						
<p>Čas příjmu:      Přijat</p>		<p><input type="radio"/> <b>VITÁLNÍ INDIKACE – výdej bez laboratorního vyšetření</b></p>																						
<p>Číslo pojštěnce (ID)      Datum narození*</p> <p>Příjmení:      <input type="text"/></p> <p>Jméno, titul:      <input type="text"/> ŠTÍTEK</p> <p>Diagnózy:      <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Pojšť ovna:      <input type="text"/> <input type="radio"/> Muž* / <input type="radio"/> Žena*</p>		<p><b>KREVNÍ DERIVÁTY</b></p> <table border="1"><thead><tr><th>Název</th><th>Specifikace (IU, g)</th><th>Počet balení</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="radio"/> Albumin (Albumin)</td><td>20% 100 ml</td><td></td></tr><tr><td><input type="radio"/> Prothrombinový komplex (Prothromplex)</td><td>600 IU</td><td></td></tr><tr><td><input type="radio"/> Fibrinogen (Haemocomplettan)</td><td>1 g</td><td></td></tr><tr><td><input type="radio"/> Antithrombin (Anbinex)</td><td>500 IU</td><td></td></tr><tr><td><input type="radio"/> Jiné:</td><td></td><td></td></tr><tr><td><input type="radio"/> Jiné:</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		Název	Specifikace (IU, g)	Počet balení	<input type="radio"/> Albumin (Albumin)	20% 100 ml		<input type="radio"/> Prothrombinový komplex (Prothromplex)	600 IU		<input type="radio"/> Fibrinogen (Haemocomplettan)	1 g		<input type="radio"/> Antithrombin (Anbinex)	500 IU		<input type="radio"/> Jiné:			<input type="radio"/> Jiné:		
Název	Specifikace (IU, g)	Počet balení																						
<input type="radio"/> Albumin (Albumin)	20% 100 ml																							
<input type="radio"/> Prothrombinový komplex (Prothromplex)	600 IU																							
<input type="radio"/> Fibrinogen (Haemocomplettan)	1 g																							
<input type="radio"/> Antithrombin (Anbinex)	500 IU																							
<input type="radio"/> Jiné:																								
<input type="radio"/> Jiné:																								
<p>Identifikace zadatele - razítko vč. IČZ/IČP Ordinující lékař - jméno a podpis</p>		<p>Žádanku vyplňte čitelně, požadavky označte vyplněním příslušných koleček černou nebo modrou barvou <b>SPRÁVNĚ:</b> ☒ ● ●</p> <p>* Datum narození a pohlaví vyplňte, pouze pokud nevyplývá z čísla pojštěnce.</p> <p>Zkratky: TP    transfuzní přípravek TU    transfuzní jednotka T.D.    terapeutická dávka KD    krevní derivát</p>  <p>1630</p>																						
<p>© STAPRO OCR 163_0 Tisk 10. 5. 2016</p>																								

# Informativní výtisk

OTH - Příloha č. 2 k LP (Žádanky)  
Pracovní instrukce/číslo: D-PI-OTH-002  
verze : 06  
strana : 6 z 6

## 6. Poukaz typu K (obecná žádanka)

Vyšetření, která je možné zadat:

Vše – požadované metody nutno vypsát

Vzor:

Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČP	Datum	Čís. dokladu	Poř. č.
		Odbornost		provedl díl B	
<b>POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ K</b>					
Pacient					
Č. pojištěnce	Základní diagnóza				
Var. symbol	Ostatní diagnózy				
Odeslán ad:	Kód náhrady				
<b>Požadováno:</b>					
<input type="checkbox"/>	Konsiliární vyšetření				
<input type="checkbox"/>	Vyšetření .....				
<input type="checkbox"/>	Ošetření .....				
<b>Doporučeno:</b>					
<input type="checkbox"/>	Převzetí do péče .....				
<input type="checkbox"/>	Hospitalizace .....				
Důvod požadavku (doporučení):					
Dne:					
razítko a podpis					