**Pieprasījums pacientu asins paraugu imūnhematoloģiskai izmeklēšanai**

Valsts asinsdonoru centrs, Hemataloģiskās 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 | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Iepriekšējas transfūzijas: | jā nē | **Iepriekšējie dati:** | |
| Pēdējās transfūzijas datums: |  | RH(D) |  |
| Transfūziju reakcijas: | jā nē | Antivielas |  |
| Grūtniecību skaits |  | Fenotips |  |
| Dzemdību skaits |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nepieciešamie izmeklējumi** (vajadzīgo atzīmēt): | | | |  | | **Saņemtie medikamenti:** | | |
| ABO asins grupas precizēšana | |  | |  | | Rh-imūnglobulīns | |  |
| RH(D)-piederības precizēšana | |  | |  | | Pēdējā saņemšana (datums) | | |
| Antivielu skrīnings | |  | |  | |  | |  |
| Antivielu identifikācija | |  | |  | | Daratumumabs | |  |
| Antivielu titrēšana | |  | |  | | Pēdējā saņemšana (datums) | | |
| Fenotipizēšana | |  | |  | |  | |  |
| Direktais antiglobulīna tests(DAT) | |  | |  | | Koloīdi | |  |
| DAT diferencēšana | |  | |  | | Pēdējā saņemšana (datums) | | |
| Asins saderības izmeklēšana: | |  | |  | | Norādīt tilpumu | | |
| nepieciešamais EM devu skaits | |  | |  | |  | |  |
| prognozējamais transfūzijas datums | |  | |  | | Kaulu smadzeņu transplantācija | |  |
|  | |  | |  | | Transplantācijas datums |  | |
| Citi izmeklējumi: |  | |  | | Donora asins grupa | |  | |
|  | | |  | | Recipienta asins grupa | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ārsta paraksts: |  | | |  | | |
|  | | | | | | |
| Paraugs saņemts laboratorijā: | | |  | | plkst. |  |
| Paraugu pieņēma: | |  | | | | |
|  | | (v.uzvārds, paraksts) | | | | |