



טופס בירור מקרה
פקס - 03-5300473
טל. - 03-5300401
03-5300463

אל: המעבדה הארצית לאפיון נוגדנים
וזיהוי קבוצות דם נדירות
בירור נדרש: [] סרולוגי [] מולקולרי *

דחיות הבירור	שגרות []	בהקדם []	דחוף []	נא ליידע טלפוניית במקרים כאלה
-----------------	--------------	--------------	-------------	-------------------------------

תאריך לקיחת הדגימה ____/____/____ שעה ____/____ תאריך משלוח הדגימה ____/____/____
מספר דגימה (של הגורם השולח) _____

שם המטופל/ת:		מאושפז/ת: לא [] כן [] מחלקה:	
תאריך לידה:	גיל:	מין:	מס' ת.ז. מס' דרכון: אחר:
____/____/____			
בירור קודם בשירותי הדם כן [] לא [] אם כן, מתי? ____/____/____		מוצא המטופל/ת:	
אבחנה קלינית:			
[] הריון שבוע []			
Hgb/Hct:		עדות להמוליזה? (פרטי)	
דמם פעיל?			
עירוי דם בעבר:			
ב- 3 החודשים אחרונים: סה"כ מנות: תאריך: לא ידוע []			
מעל 3 חודשים: סה"כ מנות: תאריך: לא ידוע []			
תופעות לוואי לעירוי: כן [] לא []			
אם כן, בבקשה פרטי:			
מספר הריונות:		סיפור של מחלה המוליטית בילוד: כן [] לא []	
אם כן, פרטי:			
תרופות נוכחיות:			

בדיקה מולקולרית מבוקשת	
------------------------	--

תוצאות בדיקות ביה"ח

DAT	ABO Rh:	נוגדנים ידועים:
		הערות:
האם נדרשת עזרה באספקת דם עבור המטופל/ת? כן [] לא []	אם כן, כמה מנות?	תאריך בו נדרשות המנות: ____/____/____

פרטי בית החולים השולח

שם ביה"ח:	מס' טלפון:
השולח:	חתימה:

אנא צרפו דף זה, דפי הסקר והפנלים שלכם ותוצאות בדיקות מולקולאריות קודמות לדגימות הדם (7 סמ"ק דם ב- EDTA, 10 סמ"ק דם קרוש)

למטופלים אמבולטוריים/תיירי מרפא - יש לצרף התחייבות מתאימה
* לבירור מולקולרי - יש לצרף מסמך הסכמה מודעת של המטופל/ת מס' 17-003