

המעבדה לאיפיון נוגדנים וזיהוי קבוצות דם נדירות

מס' פקס: 03-5300473

טלפון: 03-5300401
03-5300463

טופס הזמנת דם עבור מטופל/ת

פרטים אישיים של המטופל/ת והמזמין:

[illegible]

	O
--	---

	AB
--	----

	B
--	---

	A
--	---

: סוג הדם של המטופל/ת (סמן ב-X)

	Rh חיובי	Rh שלילי		מס' מנות	לתאריך	
--	-----------------	-----------------	--	-----------------	---------------	--

C	c	E	e	K	S	s	Fy ^a	Fy ^b	JK ^a	JK ^b	אחר	אחר

האנטיגנים החסרים :
 סמן ב X / האנטיגן האחר

דחוף
 הערה: באחריות בנק הדם של ביה"ח לבדוק הפנוטיפ מהמנה
 דחוף לא בדוק מהמנה
 מנות עם סקר חיובי
 מרכיב (סמן ב-X):

	כד"א שטופות עם SAGM	E7533000
	כד"א מסוננות שטופות עם SAGM	E6848000
	כד"א מסוננות שטופות מוקרנות עם SAGM	E6849000
	כד"א שטופות מוקרנות עם SAGM	E7534000
	דם קפוא בקסטטה	E0502000

	דם מופשר הקף בעיגול: מסונן/ מוקרן/ ללא SAGM	E0502000
	כד"א שטופות	E6318000
	כד"א מסוננות שטופות	E7584000
	כד"א מסוננות שטופות מוקרנות	E7471000
	כד"א שטופות מוקרנות	E6319000

	כד"א דחוסות	E0195000
	כד"א דחוסות מסוננות	E0209000
	כד"א דחוסות מוקרנות	E0206000
	כד"א מסוננות מוקרנות	E0207000
	כד"א מסוננות מחולקות	E02090A0
	כד"א מסוננות מוקרנות מחולקות	E02070A0

לשימוש המעבדה לאימונומטולוגיה:

מס. מטופל	מס. סידורי	מס. הזמנה
-----------	------------	-----------

							האנטיגנים החסרים :	לא	כן	מוכר מעבדי מקרים :
							האנטיגנים החסרים :	לא	כן	מוכר מהזמנות בעבר :

הערות: _____

מנות שנשלחו: _____

שם השולח _____ חתימה _____ תאריך _____

בדק שני (רישום ואימות במחשב) _____ חתימה _____ תאריך _____