



# SLEZSKÁ NEMOCNICE V OPAVĚ

Hematologicko – transfúzní oddělení, tel. 553 766 493 – evidence, Olomoucká 86, 746 79 Opava

## ŽÁDANKA O AUTOLOGNÍ ODBĚR KRVE

### Vyplní indikující lékař :

Jméno a příjmení pacienta:	R.č.	Zdr. poj.
Bydliště:	Dg:	
Termín přijetí k hospitalizaci:	Termín operace:	
Plánovaná operace:	Název a adresa zdrav. zařízení, kde bude pacient operován:	
K operaci žádám: .....	T.U. autologního <b>erytrocytárního</b> transfúzního přípravku (EBR)	
(Uveďte počet!) .....	T.U. autologní čerstvě zmražené <b>plazmy</b> (P)	
TU=transfusion unit		
Datum: Razítko, IČO, Odbornost a podpis indikujícího lékaře		

### Pokyny pro pacienty:

- S touto žádankou je nutné se co nejdříve objednat k autolognímu odběru na evidenci Transfúzního oddělení (TO), a to osobně (pavilon C v areálu Slezské nemocnice v Opavě), či telefonicky - 553 766 493 (6,30 –15,00 v po - pá).
- K prvnímu autolognímu odběru se dostavte na evidenci TO ve smluveném termínu s touto vyplněnou žádankou, s Vaším občanským průkazem, s průkazkou zdravotní pojišťovny, s vyjádřením Vašeho praktického lékaře, event. lékaře specialisty o Vaší způsobilosti k autolognímu dárčovství.
- Již minimálně 2 týdny před prvním plánovaným autologním odběrem je vhodné začít užívat preparáty s obsahem železa na podporu krvetvorby – (předepisuje praktický lékař), v užívání pokračovat minimálně až do termínu operace.
- 12 hodin před odběrem krve nejíst nic tučného, ale nehladovět! (lehká snídaně před odběrem: čaj a rohlík), dbát na dostatečný příjem tekutin 2,5 l/den, před i po odběru – jako prevence kolapsových stavů!
- **Pokud právě užíváte z jakéhokoli důvodu antibiotika** (např. z důvodu předoperačního přeléčení fokální infekce - ORL, zubní, močové,...) **nebo máte nachlazení či průjmovitě onemocnění, nebude možno autologní odběr provést!** Než se tedy vydáte k nám, raději se informujte na evidenci TO, jak postupovat, zda se přeobjednat .
- Po autologním odběru není vhodné řídit motorová vozidla - pokud možno, zorganizujte si dopravu k nám tak, abyste toto mohli dodržet.

**Prohlášení dárce:** Byl jsem poučen o principu autotransfúze, souhlasím s odběrem a vyšetřením na syphilis, žloutenku B, C a HIV.

Datum: .....

Podpis: .....

### Vyplní Transfúzní oddělení (TO) Slezské nemocnice Opava:

Datum odběru	Číslo odběru	EBR	P	PK	Exspirace		
					EBR	P	PK

Poznámka: Provedené autologní odběry již byly účtovány příslušné zdravotní pojišťovně odebírajícím TO.