**SA PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA VEREKESKUS**

**Immuunohematoloogia Referentlabor**

Ädala 2 10614 Tallinn

Tel 617 3013 Faks 617 3003

**Patsientide uuringute saateleht**

**Analüüsi saatja**

Haigla …………………………………………………………………….....

Osakond …………………………………………………………………....

Raviarsti nimi ………………………………………………………………

Kontakttelefon …………………………………….........................

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Patsient**

Nimi …………………………………………………….........................................................……………………….. (trükitähtedega)

(nime puudumisel identifitseerimisnimber)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Isikukood |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | või sünniaeg ………….................…..…..…. |

(päev, kuu, aasta)

Diagnoos …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Haigusloo nr ……………………………………..

Patsiendi ABO-veregrupp ………………………..…….. Rh-kuuluvus ……………………..

Patsiendi vere võtmise aeg …………………………….

Varasemad transfusioonid Jah Ei …………………………

Ülekandereaktsioonid Jah Ei …………………………

Rasedused (N) Jah Ei …………………………

Saanud Rh-profülaktikat Jah Ei …………………………

Immuunantikehad Jah Ei …………………………

Muud ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Tellitavad analüüsid

ABO-veregrupp Immuunantikehade skriining

Rh-kuuluvus Immuunantikehade tüpiseerimine

Otsene AHG (Coombs´I) test Immuunantikehade tiitrimine

Sobivusproov

Muud analüüsid ………………………………………………………………………………………………………………………………………

**NB! Immuunantikehade leiu puhul antikehad tüpiseeritakse ja vajadusel määratakse antikehade tiiter**.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Ülekandeks vajatakse**

Erütrotsüütide suspensioon ……………………… ml ………………………

Planeeritava vereülekande aeg ………………………………………………………

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Analüüsi saatva arsti nimi …………………………………………………….. Kuupäev ……………………………………...

**P181/2**