



**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:**

שם המזמין	בית החולים	תעודת זהות כולל ספרת בקורת										שם המטופל		תאריך בקשה		
		שם פרטי	שם משפחה													

סוג הדם של המטופל/ת (סמן ב-X):  A  B  AB  O

Rh (סמן ב-X):  חיובי Rh  שלילי Rh מס' מנות לתאריך

אחר	אחר	Jk <sup>b</sup>	Jk <sup>a</sup>	Fy <sup>b</sup>	Fy <sup>a</sup>	s	S	K	e	E	c	C

האנטיגנים החסרים: סמן ב X / האנטיגן האחר

דחוף  : הערה: באחריות בנק הדם של ביה"ח לבדוק הפנוטיפ מהמנה  
 דחוף לא בדוק מהמנה  : סקר חיובי מנות עם

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 מופשר	E0528000
דם קפוא בקסטה	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 לאימונוהמטולוגיה:**

מס. הזמנה  מס. סידורי  מס. מטופל

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

הערות: \_\_\_\_\_  
מנות שנשלחו: \_\_\_\_\_

שם השולח \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

בודק שני (רישום ואימות במחשב) \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_