

**ПОДАЦИ О ИСПИТИВАЊИМА ПЕРИНАТАЛНЕ ЗАШТИТЕ**

Назив болничке банке: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Временски период за који се води евиденција: \_\_\_\_\_

**ИСПИТИВАЊА ПЕРИНАТАЛНЕ ЗАШТИТЕ**

Одређивање АБО/РхД крвне групе - реверзна	
Одређивање АБО/РхД крвне групе - новорођенче	
Одређивање фенотипа	
Директан Кумбсов тест	
Индијектан Кумбсов тест	
Скрининг антитела	
Идентификација антитела	
Титар антитела	
Типизација антигена	

\_\_\_\_\_ Датум

\_\_\_\_\_ Задужени трансфузиолог