



## ŽÁDOST O PROJEDNÁNÍ NÁVRHU REGISTRAČNÍHO LISTU ZDRAVOTNÍHO VÝKONU NA JEDNÁNÍ PRACOVNÍ SKUPINY K SEZNAMU ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ S BODOVÝMI HODNOTAMI

**Žádost podává** (jméno, název subjektů dle § 17b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění)

Mgr. Hana Tereza Bolcková  
Společnost pro transfuzní lékařství ČLS JEP

**Název zdravotního výkonu, popř. číslo výkonu:**

*V případě, že se jedná o návrh na nový výkon, uveďte pracovní kód (číslo výkonu), v případě že se jedná o více výkonů, uveďte **všechny** kódy (čísla výkonů)*

Seznam předkládaných výkonů, které se budou projednávat na Pracovní skupině k SZV MZ:

222-2025-01-07-10-13-30 VYŠETŘENÍ KREVNÍ SKUPINY AB0 RH D U DÍTĚTE

222-2025-05-20-05-42-06 VYŠETŘENÍ KREVNÍ SKUPINY AB0 RHD U PACIENTA NAD 6 MĚSÍCŮ STATIM

**Zdůvodnění žádosti:**

**Doplňující informace k žádosti:**

**Ad1) Metoda pro vyšetření krevní skupiny ABO RhD u dítěte do 6 měsíců věku. Jedná se o rychlejší, citlivější metodu.**

**Ad2) Metoda pro vyšetření krevní skupiny ABO RhD u pacienta nad 6 měsíců statim. Jedná se o rychlejší, citlivější metodu vhodnou zejména pro pacienty s imunohematologickou anamnézou (polytransfundovaní pacienti, gravidní ženy, pacienti po transplantacích.)**

**Obsah příloh:**

*(Uveďte vždy název souboru přílohy)*



**Datum, podpis, razítko:**

8.9.2025

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ SPOLEČNOST  
SP T  
TRANSFÚZNÍ LÉKAŘSTVÍ

**Kontaktní telefon, e-mail:**

774500139, Hana.Bolckova@uhkt.cz