

## Žádanka na transfuzní přípravky

Příjmení, jméno pacienta:

Poj.:

ČP:

Rodné číslo:

Dg.:

Režim:  RUTINA

STATIM

VITÁLNÍ INDIKACE

Datum a čas odběru:

Požadovaná vyšetření:

<input type="checkbox"/> Krevní skupina	<input type="checkbox"/> Screening protilátek	<input type="checkbox"/> Křížová zkouška
---	---	--

Prosíme o dodání:

<input type="checkbox"/> EBR	<input type="checkbox"/> ERD	<input type="checkbox"/> Plazma	<input type="checkbox"/> TADR
------------------------------	------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

na den a hodinu:

Počet předchozích transfuzí:

Počet porodů:

Počet potratů:

Reakce po transfuzích:

Aloimunní protilátky:

Číslo vyšetření:

KS:

Jméno a podpis lékaře:

Jméno odebírající sestry:

Razítko oddělení: