ŽÁDANKA NA DODÁNÍ TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU

Nemocnice Trutnov

Transfuzní a hematologické oddělení
tel.: 499 813 060, Slezská 166, 541 01 Trutnov, www.nemtru.cz

Prosíme NEPŘEKLÁDAT — **SPRÁVNĚ** *vyplněná kolečka:* ⊗ ◉ ⊗ ◉

Statim	○	**Vitální indikace**	○
Rodné číslo:			
Příjmení:			
Jméno, titul:			
Pojišťovna:			
Diagnózy:			
Pohlaví:	Muž: ○	Žena: ○	
Oddělení, lékař: (razítko, podpis)	69 001 511 *Oblastní nemocnice Trutnov a.s. transfuzní a hematologické odd. hematologická poradna tel.: 499 811 264*		
Odběr provedl:			
Datum:	Čas:		
Další poznámky:			

10002203

laboratorní číslo (vyplní laboratoř)

TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY

požadavek		transfuzní přípravky		počet
○	Zkouška kompatibility	○	ERD	
○	Možné podání EBR	○	P, PA klinická	
		○	TAD	

Datum požadovaného dodání:

.....

Transfuzní anamnéza

○	Přítomnost protilátky	jaká:	
○	Předchozí transfuze	jaká:	kdy:
○	Transplantace	jaká:	kdy:
○	Reakce po transfuzi	jaká:	
○	Porody	počet:	
○	Potraty	počet:	
○	Profylaxe anti-D	kdy:	

Pouze pro potřeby THO (NEVYPLŇUJTE)

Číslo konzervy	Výdej / Zrušení	Datum	Podpis