

ŽÁDANKA NA VÝDEJ TRANSFUZNÍCH PŘÍPRAVKŮ

Jméno pacienta:
Příjmení pacienta:
Rodné číslo pacienta:
Číslo diagnózy:
Číslo pojišťovny:

Razítko oddělení + nákladové středisko:

Druh transfuzního přípravku (TP):	Počet	Jednotky
Erytrocytové TP (ERD)		T.U.
<i>Předeřtítí na KB</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
<i>Ozáření (KC Ostrava)</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
CELKEM		
Plazma (P)		T.U.
<i>Rozmrazení na KB</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
CELKEM		
Trombocytové TP (TAD, TADR, TBSDR)		T.D.
<i>Ozáření (KC Ostrava)</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
CELKEM		
Autologní odběr:		
Erytrocyty bez buffy-coatu resuspendované (AEBR)		T.U.
<i>Předeřtítí na KB</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Plazma (AP)		T.U.
<i>Rozmrazení na KB</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		

Datum:

Lékař:
(razítko, podpis)