

ŽÁDANKA O PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ A TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY

Příjmení:
Jméno a titul:
Rodné číslo, pohlaví:
Bydliště:
Zdrav. poj. + Dg.:
Jiné údaje, léčba:
Razítko lékaře:
Telefon, IČP, odbornost:
Podpis lékaře:
Odebral:
Datum a čas odběru:
Datum a čas příjmu:
Odeslaný materiál: krev

Žádáme o vyšetření:	
	Krevní skupina
	Screening protilátek
	Křížová zkouška
	Přímý Coombsův test
	KS + VIP
Žádáme o dodání, počet:	
	EBR
	EBRD
	Plazma
	Trombocyty

Statim Rutina Vitální indikace Ozáření

F_01_TRO_02

ŽÁDANKA O PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ A TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVKY

Příjmení:
Jméno a titul:
Rodné číslo, pohlaví:
Bydliště:
Zdrav. poj. + Dg.:
Jiné údaje, léčba:
Razítko lékaře:
Telefon, IČP, odbornost:
Podpis lékaře:
Odebral:
Datum a čas odběru:
Datum a čas příjmu:
Odeslaný materiál: krev

Žádáme o vyšetření:	
	Krevní skupina
	Screening protilátek
	Křížová zkouška
	Přímý Coombsův test
	KS + VIP
Žádáme o dodání, počet:	
	EBR
	EBRD
	Plazma
	Trombocyty

Statim Rutina Vitální indikace Ozáření

F_01_TRO_02