

## ZÁZNAM PŘEDTRANSFUZNÍHO VYŠETŘENÍ

Jméno pacienta: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

**Záznam předtransfuzního vyšetření (kopie) provází pacienta po celou dobu hospitalizace ve FTN (např. při překladu na jiné oddělení FTN).**

Krevní skupina:

**POZOR! Před podáním je nutno ověřit krevní skupinu nemocného a konzervy u lůžka (sanguitest)**


**Při závažné potransfuzní reakci je třeba přerušit transfuzi (zachovat žilní přístup) a okamžitě informovat Transfuzní odd. – tel. 3310.**

## ZÁZNAM PŘEDTRANSFUZNÍHO VYŠETŘENÍ
