

ŽÁDANKA O AUTOTRANSFUZI



Transfuzní oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, Vídeňská 800, Praha 4, p. B2, tel.: 261 08 3310

| | | | | |
|--|--|---|-----------------------------|------------------------|
| Příjmení: | | Žadatel (IČZ, jméno lékaře, odbornost): | | |
| Jméno: | | | | |
| Rodné číslo: | | | | |
| Dg: | | Pojišťovna: | | |
| Krevní skupina: (pokud je známa) | dříve zjištěné nepravidelné protilátky | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | Telefon: |
| | dříve podané transfuze | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | Datum: |
| | transplantace v minulosti | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | Jméno a podpis lékaře: |
| | počet těhotenství | | | |

Požadovaný transfuzní přípravek (zaškrtněte):

| | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> EBR (erythrocyty bez buffy-coatu resusp.) | TU |
| <input type="checkbox"/> P (plazma) | TU |
| <input type="checkbox"/> jiné: | TU |

Plánovaná operace:

| |
|--------|
| typ: |
| místo: |
| datum: |