ŽÁDANKA O PŘEDOPERAČNÍ AUTOLOGNÍ ODBĚR (AUTOTRANSFUZI)

Pacient/-ka:

Příjmení a jméno

R.č. | Diagnóza | Zdravot. pojišťovna

Plánovaná operace

Datum | Druh operace

Místo (ZZ, oddělení)

Počet požadovaných odběrů

Lékař požadující autotransfuzi
(razítko, podpis, IČZ)

Speciální požadavek

Záznamy transfuzního oddělení, odběrového střediska

Číslo odběru	Odebráno dne	Místo odběru (razítko)