

ŽÁDANKA O PŘEDOPERAČNÍ AUTOLOGNÍ ODBĚR (AUTOTRANSFUZI)

Pacient

Jméno a příjmení

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 či místa

Odběr číslo	Dne	Místo odběru (razítko)

* Obvyklý transfuzní přípravek, vyrobený z jednoho předoperačního autologního odběru, jsou erytrocyty bez buffy-coatu resuspendované s dobou použitelnosti 42 dní ode dne odběru