



„КОМПЛЕКСЕН ОНКОЛОГИЧЕН ЦЕНТЪР - ШУМЕН“ ЕООД

адрес: ул. „Васил Априлов“ 63, тел: 054/800 832, факс: 054/800 313, e-mail: office@oncocenter.org

До ЦТХ (ОТХ)

ИСКАНЕ

за кръв, кръвни съставки
и плазмени продукти

(Клиника/отделение)

(Лекар, поискал кръвта)

Кръвта, кръвните съставки се иска(т): ☐ по спешност ☐ планово

Да се отпусне посоченото по-долу количество консервирана кръв, кръвни съставки, плазмени продукти на болния:

на год.

ЕГН ИЗ №

с диагноза:

кръвна група: Rh фактор: (фиш. №

от г. имунохем. изследване) стойности на хемоглобина:

Други данни:

Вид на искания кръвен продукт	ИСКА СЕ			Кр. група и Rh (D)	№ на сака	Коли- чества	Годен до:
	кръвна група и	коли- чество	лекар име				
Цяла кръв							
Еритроцитен концентрат							
Обезлевкоцитен еритроцитен концентрат							
Еритроцитен концентрат друг							
Тромбоцитен концентрат							
Плазма							
Без лабилни фактори							
ПЗП							
Плазмени продукти							
Албумин							

Да се направят проби за съвместимост

☐ да ☐ не

Искането е за г.

Получено на г.

Получил искането:

Час и дата на експедиране:

Получил кръвта:

Експедирал кръвта:

Печат: "ХИМЕРА" ООД, гр. Шумен, тел.: 054 / 830 585, e-mail: print@himeraltd.com

000.17