

# 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:			
<b>Krevní skupina:</b> (pokud je známa)	dříve zjištěné nepravidelné protilátky	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	Telefon:  Datum:  Jméno a podpis lékaře:
	dříve podané transfuze	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
	transplantace v minulosti	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
	počet těhotenství	.....		

## Požadovaný transfuzní přípravek (zaškrtněte):

<input type="checkbox"/> ERD (erythrocyty resusp. deleukotizované)	..... TU
<input type="checkbox"/> P (plazma)	..... TU
<input type="checkbox"/> jiné:	..... TU

## Plánovaná operace:

typ:
místo:
datum: