

ZÁZNAM O PODÁNÍ TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU

Klinika / oddělení:

Záznam č.:

Štítek

Krevní skupina:

Rh faktor:

Poznámky:

Datum podání:		Pořadí:		Druh transfuzního přípravku:		
Číslo konzervy:				KS konzervy:		
Druh převodu: ☐ plánovaný ☐ statim ☐ z vitální indikace						VZP kód přípravku:
ZÁZNAM O PODÁNÍ TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU						
transfuze zahájena:					transfuze ukončena:	
	čas	TK	P	TT	moč	
před TSF						Jméno a podpis sestry:
po TSF						Jméno a podpis sestry:
Kontrola KS u lůžka pacienta			KS souhlasí			Jméno a podpis lékaře:
Komplikace prvních 15 min. po podání přípravku: ☐ ano ☐ ne						
Datum podání:		Pořadí:		Druh transfuzního přípravku:		
Číslo konzervy:				KS konzervy:		
Druh převodu: ☐ plánovaný ☐ statim ☐ z vitální indikace						VZP kód přípravku:
ZÁZNAM O PODÁNÍ TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU						
transfuze zahájena:					transfuze ukončena:	
	čas	TK	P	TT	moč	
před TSF						Jméno a podpis sestry:
po TSF						Jméno a podpis sestry:
Kontrola KS u lůžka pacienta			KS souhlasí			Jméno a podpis lékaře:
Komplikace prvních 15 min. po podání přípravku: ☐ ano ☐ ne						

Datum podání:		Pořadí:		Druh transfuzního přípravku:		
Číslo konzervy:				KS konzervy:		
Druh převodu: ☐ plánovaný ☐ statim ☐ z vitální indikace				VZP kód přípravku:		
ZÁZNAM O PODÁNÍ TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU						
transfuze zahájena:					transfuze ukončena:	
	čas	TK	P	TT	moč	
před TSF						Jméno a podpis sestry:
po TSF						Jméno a podpis sestry:
Kontrola KS u lůžka pacienta			KS souhlasí			Jméno a podpis lékaře:
Komplikace prvních 15 min. po podání přípravku: ☐ ano ☐ ne						

Datum podání:		Pořadí:		Druh transfuzního přípravku:		
Číslo konzervy:				KS konzervy:		
Druh převodu: ☐ plánovaný ☐ statim ☐ z vitální indikace				VZP kód přípravku:		
ZÁZNAM O PODÁNÍ TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU						
transfuze zahájena:					transfuze ukončena:	
	čas	TK	P	TT	moč	
před TSF						Jméno a podpis sestry:
po TSF						Jméno a podpis sestry:
Kontrola KS u lůžka pacienta			KS souhlasí			Jméno a podpis lékaře:
Komplikace prvních 15 min. po podání přípravku: ☐ ano ☐ ne						

Datum podání:		Pořadí:		Druh transfuzního přípravku:		
Číslo konzervy:				KS konzervy:		
Druh převodu: ☐ plánovaný ☐ statim ☐ z vitální indikace				VZP kód přípravku:		
ZÁZNAM O PODÁNÍ TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU						
transfuze zahájena:					transfuze ukončena:	
	čas	TK	P	TT	moč	
před TSF						Jméno a podpis sestry:
po TSF						Jméno a podpis sestry:
Kontrola KS u lůžka pacienta			KS souhlasí			Jméno a podpis lékaře:
Komplikace prvních 15 min. po podání přípravku: ☐ ano ☐ ne						