



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

IČ: 00064165, tel. 224 961 111

Žádanka o autologní oběť krve (autotransfuzi)

F-VFN-803

Strana 1 z 1

Verze číslo: 1

Platné od: 1. 8. 2017

PROSTOR PRO NALEPENÍ ŠTÍTKU

Štítek musí obsahovat: jméno, příjmení, číslo pojištěnce, číslo pojišťovny, diagnózu, nákladové středisko (další údaje jako pohlaví a datum narození se doplňují v hlavičce žádanky).

ŽÁDANKA O AUTOLOGNÍ ODBĚR KRVE (AUTOTRANSFUZI)

PŘÍJMENÍ		RAZÍTKO ODDĚLENÍ	
JMÉNO			
POHLAVÍ			
ČÍSLO POJIŠTĚNCE			
POJIŠTOVNA			
DIAGNÓZA (číselný kód)		JMÉNO A PODPIS LÉKAŘE	
NÁZEV ODDĚLENÍ			
NÁKLADOVÉ STŘEDISKO			
TELEFONNÍ KONTAKT		ODBORNOST	

TERMÍN OPERACE	
HEMOGLOBIN (g/l) aktuální hodnota, je-li známa	

Počet požadovaných odběrů:

- Požadují odběr/y krve zpracovat na erytrocyty a plazmu (AERD a AP).
- Odběr/y není třeba dále zpracovávat, pacientovi bude podána plná krev (APK).

Vyplní transfuzní oddělení

pořadí	datum odběru	číslo odběru	AERD expirace	AP expirace	APK expirace

(AERD – erytrocyty bez buffy coatu resuspendované de leukotizované pro autologní transfuzi,

AP – čerstvě zmrazená plazma z plné krve pro autologní transfuzi, APK - plná krev pro autologní transfuzi)