

PRŮVODKA K AUTOLOGNÍMU ODBĚRU KRVE

PACIENT (lze nalepit identifikační štítek)

JMÉNO, PŘÍJMENÍ:

ČÍSLO POJIŠTĚNCE:

BYDLIŠTĚ:

POJIŠŤOVNA:

DIAGNÓZA:

KREVNÍ SKUPINA PACIENTA:

Termín přijetí k hospitalizaci:

Termín operace:

Název a adresa zdrav. zařízení, kde bude pacient operován:

Výsledky předodběrových vyšetření:

Datum	Hemoglobin	Leuko	Trombo	Hematokrit	Krevní tlak	Puls	Teplota

Datum	Číslo odběru	Přípravky	Závěr	Podpis lékaře	Důvod vyřazení odběru
		A-EBR A-P	Vyhovuje Nevyhovuje		
		A-EBR A-P	Vyhovuje Nevyhovuje		
		A-EBR A-P	Vyhovuje Nevyhovuje		