JU OPĆA BOLNICA "PRIM. DR. ABDULAH NAKAŠ"
Odsjek za transfuzijsku medicinu
Telefon: +387 33 285 189

PROTOKOL

ZAHTJEVNICA ZA KRVNE PRIPRAVKE I DERIVATE PLAZME

U cilju sigurnosti bolesnika upisati podatke pisaćom mašinom ili štampanim slovima.

Odjel ŠIFRA

Datum dostave zahtjevnice na OTK: / /

Vrijeme dostave zahtjevnice na OTK: :

Krv izvadi(o)la: _____

JMBG: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Spol M Ž

PREZIME | IME OCA | IME

Naziv operacije: _____ ŠIFRA

ili

Dijagnoza: _____ ŠIFRA

Zaokružiti krvnu grupu (ako je poznata) **A B 0 AB Rh D+ Rh D-**

Prethodne transfuzije	☐ NE	☐ DA	Broj doza	_____
Porodi/abortusi	☐ NE	☐ DA	Ukupan broj	_____
Anti-D imunoprofilaksa	☐ NE	☐ DA	Datum	_____
Imunizacija na antigene KG	☐ NE	☐ DA	Specifičnost At	_____
Transfuzijske reakcije	☐ NE	☐ DA	Vrsta	_____

☐ **REDOVAN POSTUPAK** Za dan _____ ☐ **HITNO (bez intereakcije)**

☐ **METODA KG / At** Za dan _____

PRIPREMITI (samo za **redovan postupak** ili **hitno**)

Vrsta pripravka	Broj jedinica	Vrsta pripravka	Broj jedinica
☐ **Eritrociti**	.....	☐ **Koncentrat trombocita**	.....
☐ **Cijela krv**	.....	☐ **Plazma bogata trombocitima**	.....
☐ **Zamrznuta svježa plazma**	.....	☐ **Drugo**	.....

M.P.

Šifra liječnika

Pečat i potpis liječnika