

**Žádanka na výdej
transfuzních přípravků
a Octaplas LG**



Informace na tel.: 59 737 4432

Jméno pacienta: _____

Příjmení pacienta: _____

Rodné číslo pacienta: _____

Kód diagnózy: _____

Číslo pojišťovny: _____

Razítko oddělení + nákladové středisko:

Druh transfuzního přípravku (TP)	Jednotky	Počet	Ozáření
Erytrocytové TP (ERD)	T.U.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Trombocytové TP (TAD, TADR, TBSDR, případně TADK, TBSDK, TBSDRPC)	T.D.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Plazma (P, PA, PD) <i>Rozmrazení na KC</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	T.U.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Transfuzní přípravky pediatrické				
Erytrocyty de leukotizované (ERD 0,25 T.U.)	ml		ks	vždy ozářen
Trombocytové TP pediatrické (TAD/R-0,5 T.D.)	ml		ks	vždy ozářen
Plazma de leukotizovaná 0,25 T.U.	ml		ks	vždy ozářen
Erytrocyty de leukotizované - v plazmě pro výměnnou transfuzi (EDV)	ml			vždy ozářen
Erytrocyty de leukotizované pro intraumbilikální transfuzi (EDU)			ks	vždy ozářen

Autologní erytrocyty resuspendované de leukotizované (AERD)	T.U.		neozářuje se
Autologní plazma (AP) <i>Rozmrazení na KC</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	T.U.		neozářuje se

Erytrocyty promyté (EP)	T.U.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Trombocyty promyté (TADR promyté)	T.D.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Plná krev de leukotizovaná univerzální (PKDU)	T.U.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Léčivo	Dávka
Octaplas LG - 200 ml <i>Rozmrazení na KC</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	ks

Datum: _____ Lékař: _____
(identifikace a podpis)

**Žádanka na výdej
transfuzních přípravků
a Octaplas LG**



Informace na tel.: 59 737 4432

Jméno pacienta: _____

Příjmení pacienta: _____

Rodné číslo pacienta: _____

Kód diagnózy: _____

Číslo pojišťovny: _____

Razítko oddělení + nákladové středisko:

Druh transfuzního přípravku (TP)	Jednotky	Počet	Ozáření
Erytrocytové TP (ERD)	T.U.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Trombocytové TP (TAD, TADR, TBSDR, případně TADK, TBSDK, TBSDRPC)	T.D.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Plazma (P, PA, PD) <i>Rozmrazení na KC</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	T.U.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Transfuzní přípravky pediatrické				
Erytrocyty de leukotizované (ERD 0,25 T.U.)	ml		ks	vždy ozářen
Trombocytové TP pediatrické (TAD/R-0,5 T.D.)	ml		ks	vždy ozářen
Plazma de leukotizovaná 0,25 T.U.	ml		ks	vždy ozářen
Erytrocyty de leukotizované - v plazmě pro výměnnou transfuzi (EDV)	ml			vždy ozářen
Erytrocyty de leukotizované pro intraumbilikální transfuzi (EDU)			ks	vždy ozářen

Autologní erytrocyty resuspendované de leukotizované (AERD)	T.U.		neozářuje se
Autologní plazma (AP) <i>Rozmrazení na KC</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	T.U.		neozářuje se

Erytrocyty promyté (EP)	T.U.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Trombocyty promyté (TADR promyté)	T.D.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Plná krev de leukotizovaná univerzální (PKDU)	T.U.		<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Léčivo	Dávka
Octaplas LG - 200 ml <i>Rozmrazení na KC</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	ks

Datum: _____ Lékař: _____
(identifikace a podpis)