

Protokol o výměnné transfuzi

Identifikační štítek novorozence:

Jméno a příjmení novorozence:	Dg.	Datum:
Rodné číslo novorozence:	Vyšetření:	
Adresa trv. pobytu (případně jiná adresa):	bilirubin PŘED VT:	umol/l
.....	bilirubin PO VT:	umol/l
.....	HTK PŘED VT:	
..... Kód ZP:.....	HTK PO VT:	

Začátek výkonu:	hod.	minut	Konec výkonu:	hod.	minut
Výměna celkem:	ml EBR,	ml PA	množství 1 porce při VT:		ml

ČAS	počet porcí DO	počet porcí Z	LÉKY	SpO ₂	STAV DÍTĚTE	KOMPLIKACE

Jmenovka + podpis lékaře provádějící výkon	Jmenovka + podpis asistujícího:	Jmenovka + podpis sestry: