

Hlášení o neaplikovaném transfuzním přípravku

Vyplní oddělení zdravotnického zařízení

Jméno a příjmení pacienta:

Číslo pojištěnce/ID:

Pacientovi nebyly aplikovány tyto transfuzní přípravky:

Datum	Druh TP (EBR, ERD, TADR, TBSDR, P, PA)	Číslo TP (nutno uvádět celé číslo TP)	Důvod (proč nebyl TP aplikován)

.....
jmenovka + podpis lékaře

.....
razítko pracoviště (oddělení, klinika)

Hlášení o neaplikovaném transfuzním přípravku

Vyplní oddělení zdravotnického zařízení

Jméno a příjmení pacienta:

Číslo pojištěnce/ID:

Pacientovi nebyly aplikovány tyto transfuzní přípravky:

Datum	Druh TP (EBR, ERD, TADR, TBSDR, P, PA)	Číslo TP (nutno uvádět celé číslo TP)	Důvod (proč nebyl TP aplikován)

.....
jmenovka + podpis lékaře

.....
razítko pracoviště (oddělení, klinika)