

КАРТА ЗА КРЪВОДАРИЯВАНЕ №

--

Дата: _____ Обект: _____

ЕГН	Име	Презиме	Фамилия	Други имена
Месторождение				пол:
Домашен адрес				
Служебен адрес				
Телефони			Брой кръводарявания	
Личен лекар				

Данни за болното лице, ако кръводаряването е за близък:

Имена на болен		Ориентировъчна кр. група на донора	
Медицинско заведение		Регистрирал:	
Клиника/Отделение			

Освидетелстване

Изследване	Резултат	Извършил	Изследване	Резултат	Извършил
1. Хемоглобин					
2. Кръвно налягане					
3. Пулс					
4. Температура					

Номер кръводаряване	Номер на сак	Дата и час на кръводаряване	Извършил	Стандартна ДА/НЕ	Количество в мл	Продължителност	Фабричен номер

Погписи: Лаборант: _____ Медицинска сестра: _____ Лекар: _____

РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗОСЕРОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:

Кръвна група	RhD	Антигенна формула	Титър	Наличие на АТ	Погпис на лекар

Дата: _____

РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНИЯТА ЗА ТРАНСМИСИВНИ ИНФЕКЦИИ:

HIV Ag - Ab	HBsAg	HCV Ag - Ab	Тер. pall Ab	Отчет	Забележка

Дата: _____

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОИЗВОДСТВО:

Номер	ЦКръвен продукт	Тегло, мл	Срок на годност, Дата	Етикетирал	Проверил	Лекар	Дата
	ЕК, ЕКД, ОЕК						
	ТК						
	ПЗП ПНФК						
	ЦК						

Забележки: _____

