

Interna

KARTA PRZETOCZENIA KRWI/ JEJ SKŁADNIKÓW/PREPARATÓW

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL.....

PŁEĆ

K

M

Data przetoczenia preparatu godzina otrzymania z BK

Rodzaj preparatu..... grupa krwi pacjenta Rh

Nazwisko i imię lekarza obecnego podczas podłączania pierwszego pojemnika krwi/jej składników/preparatu

.....

1 pojemnik.....					
Grupa krwi preparatu		podstawowe parametry	przed przetoczeniem	po 15 min.	Po zakończeniu
Nr donacji		RR			
Data ważności		tętno			
Godz. podłączenia		temperatura			
Godz. odłączenia		Nazwisko i imię pielęgniarki			

Nazwisko i imię lekarza obecnego podczas podłączania drugiego pojemnika krwi/jej składników/preparatu

.....

2 pojemnik.....					
Grupa krwi preparatu		podstawowe parametry	Przed przetoczeniem	po 15 min.	Po zakończeniu
Nr donacji		RR			
Data ważności		tętno			
Godz. podłączenia		temperatura			
Godz. odłączenia		Nazwisko i imię pielęgniarki			

*w razie konieczności wpisania dodatkowych informacji proszę umieścić je na odwrocie karty