



ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

Ημ/νία:

Προς: ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ABO, Rh ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Κλινική:	<input type="text"/>	Ημ/νία εισόδου:	<input type="text"/>
Διάγνωση:	<input type="text"/>				

Εάν προβλέπεται μετάγγιση, να συμπληρωθούν τα κάτωθι:

Προηγήθηκαν άλλες μεταγγίσεις; ΟΧΙ: ΝΑΙ: Πότε;

Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις; ΟΧΙ: ΝΑΙ: Ποιες;

Αναφέρεται σε γυναίκες; Αριθμός τοκετών:

Αναφέρεται στο αναμνηστικό γέννηση νεκρού εμβρύου, αυτόματες εκβολές, αιμολυτική νόσος του νεογνού;

Όνοματεπώνυμο διενεργήσαντος την αιμοληψία:

Σημειώστε την περίπτωση:

<input type="checkbox"/> Μετάγγιση εξαιρετικά επείγουσα Σημειώνεται ΜΟΝΟ σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης και με ευθύνη του εντέλλοντος την μετάγγιση ιατρού, ο οποίος υποχρεούται να βεβαιώσει το επειγόν ενυπογράφως. Κάθε βεβιασμένη εξέταση συμβατότητας δημιουργεί σοβαρότατους κινδύνους.	<input type="checkbox"/> Μετάγγιση κατά την εγχείρηση Ημερομηνία: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Μετάγγιση ευθύς ως γίνουν οι εξετάσεις συμβατότητας	<input type="checkbox"/> Προληπτική εξέταση συμβατότητας
<input type="checkbox"/> Μετάγγιση μη επείγουσα	<input type="checkbox"/> Καθορισμός ομάδας αίματος

Αιτούμενη ποσότητα: Ολικού αίματος, μονάδες: Πλάσματος, μονάδες:
(Μονάδα αίματος = 450ml) (Μονάδα αίματος = 450ml)

Συμπυκνωμένων ερυθρών, μονάδες: Πλυμένων ερυθρών, μονάδες:

Ημερομηνία:

Ο/Η υπεύθυνος ιατρός

Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο της Αιμοδοσίας

Ομάδα ABO: Rh Φαινότυπος Rh

Αριθμοί Μονάδων	ABO και Rh	Σε φ.ο.	Σε λεύκωμα	Βρομελαΐνη	Coombs