**Iv Ig pieprasījums**

Valsts asinsdonoru centram, Rīgā, Sēlpils ielā 9, LV-1007, tālr.67471473, mob.26158678

|  |  |
| --- | --- |
| Ārstniecības iestādes nosaukums |  |
|  | plkst.: |  |
| (datums) |  |  |
| **Veids** | **Pieprasīts (g)** | **Izsniegts** |
| Iv Ig 2,5 g |  |  |
| Iv Ig 5,0 g |  |

**Ziņas par pacientu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stacionārā pacienta medicīnas kartes Nr.: | Vecums: Svars: |
| Diagnoze: |
| Indikācijas: |
| Alternatīvas metodes tika pielietotas (kādas): |
| Alternatīvas metodes netika pielietotas (pamatot): |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Transfūzijas plānotas** | datums |  |  |  |  |  |
| daudzums (g) |  |  |  |  |  |

**Piezīmes, komentāri**:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ārstējošais ārsts |  |
|  | (vārds, uzvārds) |
|  |  |  |
| (nodaļa) |  | (kontakttālrunis) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pieteica: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Pieņēma: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (AK atbildīgās personas vārds, uzvārds, paraksts) |  | (vārds, uzvārds, paraksts, datums, plkst.) |