**Albumīna šķīduma pieprasījums**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ārstniecības iestādes nosaukums |  | |
|  | plkst.: |  |
| (datums) |  |  |
|  |  |  |
| **Veids** | | **Pieprasīts** | **Izsniegts** |
| Sol. Albumini 5% - 250 ml | |  |  |
| Sol. Albumini 20% - 50 ml | |  |  |
| Sol. Albumini 20% - 100 ml | |  |  |

**Ziņas par pacientu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stacionārā pacienta medicīnas kartes Nr: | Vecums: |
| Diagnoze: | |
| Albumīna līmenis (izņemot 5% šķīdumam): |  |

**Piezīmes, komentāri**:

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

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

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