**Atskaite par plazmas preparātu kustību**

|  |
| --- |
|  |
| (ārstniecības iestādes nosaukums) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Plazmas preparāts** | **Atlikums mēneša sākumā** | **Pieprasīts kopā** | **Saņemts kopā** | **Izsniegts kopā** | **Atlikums uz mēneša beigām** |
| Albumīna šķīdums |  |
| 5% - 250,0 |  |  |  |  |  |
| 20% - 50,0 |  |  |  |  |  |
| 20% - 100,0 |  |  |  |  |  |
| Iv Ig |  |
| 2,5 g |  |  |  |  |  |
| 5,0 g |  |  |  |  |  |
| 10,0 g |  |  |  |  |  |

**IvIg izsniegšana transfūzijai**

| **Pacienta medicīnas kartes Nr.****(atbilstošs pieprasījumā norādītajam)** | **Izsniegts transfūzijai (g)** | **Terapeitiskais efekts pēc saņemtā ārstēšanas kursa** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Atskaiti sagatavoja: |  |
|  | (vārds, uzvārds, amats) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| tālruņa numurs: |  | e-pasts: |  |