**Asins komponentu pieprasījums VADC**

|  |  |
| --- | --- |
| Ārstniecības iestādes nosaukums |  |
|   | plkst.: |  |
| (datums) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pieprasītais komponents** | **Rh (D) pozitīvs** (devas) | **Rh (D) negatīvs** (devas) |
| **O** | **A** | **B** | **AB** | **O** | **A** | **B** | **AB** |
| **Eritrocītu masa (EM) filtrēta** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EM filtrēta bērnu devas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EM filtrēta, apstarota  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EM filtrēta, apstarota bērnu devas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EM filtrēta, atmazgāta  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EM filtrēta, atmazgāta, apstarota  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Individuāli piemeklēta |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Trombocītu masa (TM)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TM bērnu devas |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TM apstarota  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TM reducētā plazmas tilpumā |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pieprasītais komponents** | **O** | **A** | **B** | **AB** |
| **Svaigi saldēta plazma (SSP)** |  |  |  |  |
| SSP bērnu devas |  |  |  |  |
| **Krioprecipitāts** |  |  |  |  |

**Papildinformācija**

|  |
| --- |
| **Modificētu asins komponentu vajadzības pamatotība (indikācijas, pacienta kartes Nr.):** |
|  |
| **Trombocītu skaits un pacienta kartes Nr., ja tiek pasūtīta TM:** |
|  |
| **Norādīt, ja pacients nav Valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas sarakstā:** |
|  |

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