

Pilnasiņu transfūzijas protokols (izmanto tikai ārkārtējā situācijā)*

Ārstniecības iestāde _____

PACIENTA DATI

Vārds, uzvārds	
Dienesta numurs (militārpersonām), ID numurs/personas kods (civilpersonām)	
Dzimšanas datums	
Asins grupa ABO un RH (D) piederība	

TRANSFŪZIJAS DATI

Pilnasiņu devas ISBT marķēšanas numurs vai alternatīvais unikālais numurs	Pilnasiņu transfūzijas datums un laiks

PĒCTRANSFŪZIJAS BLAKNES (ja tika konstatētas)

Ārstniecības personas vārds, uzvārds, paraksts _____

*Pilnasiņu transfūzijas protokolu nogādāt Valsts asinsdonoru centrā.