**Iv Ig pieprasījums**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Ārstniecības iestādes nosaukums |  |
|  | plkst.: |  |
| (datums) |  |  |
| **Veids** | **Pieprasīts** | **Izsniegts** |
| Iv Ig 2,5 g |  |  |
| Iv Ig 5,0 g |  |  |
| Iv Ig 10,0 g |  |  |

**Ziņas par pacientu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vārds, Uzvārds |  | vai |
| stacionārā pacienta medicīnas kartes Nr. |  |

Transfūzija: [ ] plānveida ; [ ] neatliekama

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnoze: |  |
|  |
|  |
|  |
| vecums |  | svars |  |

**Indikācijas:**

|  |  |
| --- | --- |
| Absolūtas |  |
| Alternatīvas metodes tika pielietotas (kādas) |  |
|  |
| Alternatīvas metodes netika pielietotas (pamatot) |  |
|  |

**Piezīmes, komentāri**:

(norādīt, ja ir pacients, kurš nav Valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas sarakstā)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Transfūzijas plānotas |  |  |  |
|  | (datums) |  | (devu skaits) |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pieteica: |  | Pieņēma: |  |
|  | (Asins kabineta atbildīgās personas v.uzvārds) |  | (amats, v.uzvārds) |