

**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:**

Vārds, Uzvārds \_\_\_\_\_ vai

stacionārā pacienta medicīnas kartes Nr. \_\_\_\_\_

Transfūzija: plānveida ; neatliekama

Diagnoze: \_\_\_\_\_

vecums \_\_\_\_\_ ;

kopējā olbaltuma līmenis \_\_\_\_\_ ; albumīna līmenis \_\_\_\_\_

**Indikācijas:**

Albumīna pārliešanai \_\_\_\_\_

**Piezīmes, komentāri:**

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

Ārstējošais ārsts \_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds)

(nodaļa)

(kontakttālrunis)

Pieteica: \_\_\_\_\_ Pieņēma: \_\_\_\_\_

(Asins kabineta atbildīgās personas v.uzvārds)

(amats, v.uzvārds)