**Asins komponentu pieprasījums**

Valsts asinsdonoru centra Latgales filiālei, 18.Novembra ielā 41, LV-4601, Rēzeknē,
tālr.64623706, mob.26313622

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Filtrēta EM |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EM (bērnu devas) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apstarota EM |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atmazgāta EM |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CITS (papildinformācijā) |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Individuāli piemeklēta |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Trombocītu masa** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TM (bērnu devas) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apstarota TM |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
| **Papildinformācija** (norādīt speciāli apstrādāto komponentu vajadzības pamatotību; norādīt, ja ir pacients, kurš nav Valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanas sarakstā): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

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