**Albumīna šķīduma pieprasījums**

Valsts asinsdonoru centra Latgales filiālei, 18.Novembra ielā 41, LV-4601, Rēzeknē,

tālr.64623706, mob.26313622

|  |  |
| --- | --- |
| 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:**

|  |  |
| --- | --- |
| Stacionārā pacienta medicīnas kartes Nr: | Vecums: |
| Diagnoze: |
| Albumīna līmenis (izņemot 5% šķīdumam): |  |

**Piezīmes, komentāri**:

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

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

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