**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 |  |

 Transfūzija: [ ] plānveida ; [ ]  akūta

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnoze: |  |
|  |
|  |
|  |
|  Albumīna līmenis (izņemot 5% šķīdumam) |  |
| Indikācijas albumīna šķīduma pārliešanai: |  |
|  |
|  |

**Piezīmes, komentāri**:

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

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

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