**Требование в ГБУЗ ЯО «Областная станция переливания крови»**

**на концентрат тромбоцитов**

|  |
| --- |
|  |
| (название лечебного учреждения) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. пациента *(полностью)* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Имя |  | | | | | | | Отчество | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Дата рождения | | | | | | |  | | | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Диагноз | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Отделение | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Группа крови | | | | | |  | | | Rh-фактор | |  | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Ф.И.О. лечащего врача, контактный рабочий телефон *(мобильный телефон дополнительно)* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Количество тромбоцитарной массы в терапевтических дозах  *(при плановой трансфузии составить график по дням недели)* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата | |  | | | | | |  | | | Подпись |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Требование заполняется лечащим врачом!** | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

**Требование в ГБУЗ ЯО «Областная станция переливания крови»**

**на концентрат тромбоцитов**

|  |
| --- |
|  |
| (название лечебного учреждения) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. пациента *(полностью)* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия | | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Имя |  | | | | | | | Отчество | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Дата рождения | | | | | | |  | | | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Диагноз | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Отделение | | | | |  | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Группа крови | | | | | |  | | | Rh-фактор | |  | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Ф.И.О. лечащего врача, контактный рабочий телефон *(мобильный телефон дополнительно)* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Количество тромбоцитарной массы в терапевтических дозах  *(при плановой трансфузии составить график по дням недели)* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата | |  | | | | | |  | | | Подпись |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Требование заполняется лечащим врачом!** | | | | | | | | | | | | | | | |