**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!** |