

Kehtib ainult koos patsiendi verekaardiga

VERETOOTE TELLIMINE

Kliinik _____ Osakond _____

Patsient:

 M ☐ N ☐

Ees- ja perekonnanimi _____

 Isikukood või sünniaeg

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kliiniline diagnoos / transfusiooni põhjus
TELLITAV VERETOODE Veregrupp / Rh(D) _____

Veretoode	Dooside arv või lastel kogus ml	Ülekande või operatsiooni aeg	Erinõuded
Erütrotsüütide suspensioon			Kiiritatud ☐ Pestud ☐
Eriolukorrad Sobitamata O RhD neg ☐ Sobitamata grupisobiv ☐ Sobivusproovid veregrupi määramise vereproovist ☐			
Trombotsüütide kontsentratsioon BC ☐ Aferees ☐			Kiiritatud ☐
Octaplas			
Värskest külmutatud plasma			
Krüopretsipitaat			
Muu toode või märkused			

Patsiendi identifitseeris ja
Veretoote tellis
ERS sobivusprooviks vere võttis

Nimi _____

Nimi _____

Allkiri _____

Allkiri _____

Kuupäev _____

 Kood

--	--	--	--	--	--

SOBIVUSPROOVID JA TOOTE VÄLJASTAMINE

LABORIS

Pt veregrupp toodud katsutis

A	B	AB	O
Rh	pos	neg	
AK	pos	neg	

OSAKONNAS

Pt veregrupp määratud vahetult enne ülekannet

A	B	AB	O
----------	----------	-----------	----------

nr	veretoode	doosi nr	sobitamise tulemus	Doonori veregrupp etiketil	Transfusiooni-reaktsioon
1				A B AB O	jah / ei
2				A B AB O	jah / ei
3				A B AB O	jah / ei
4				A B AB O	jah / ei
5				A B AB O	jah / ei
6				A B AB O	jah / ei

Laborianalüüsid tegi (hindas)

Kuupäev _____ kl _____ Nimi, allkiri _____

Tooted väljastas

Kuupäev _____ kl _____ Nimi, allkiri _____

TRANSFUSIOONIPROTOKOLL

Transfusiooni kuupäev _____ Teostav osakond _____

Dooside etikettidele märkida **transfusiooni eest vastutava arsti nimi ja allkiri ning iga doosi ülekande alguse kellaeg**

	ALGUS	Jälgimine transfusiooni ajal iga tunni järel								LÕPP	Transfusioonijärg- ne jälgimisperiood iga tunni järel		
Kellaeg													
Kehatempe- ratuur °C													
Vererõhk mm/Hg													

Vastutava õe nimi _____ Allkiri _____

Vastutava õe nimi _____ Allkiri _____