



REKLAMAČNÍ PROTOKOL TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU

Oddělení/klinika uplatňující reklamaci (název, razítko) a identifikace pracovníka uplatňujícího reklamaci (razítko, podpis)

Transfuzní přípravek (uvést typ, číslo a krevní skupinu přípravku):

Důvod reklamace:

Datum příjmu transfuzního přípravku na oddělení/kliniku, které uplatňuje reklamaci:

Datum uplatnění reklamace:

Posouzení reklamace odpovědným pracovníkem TO FNKV:

Závěr posouzení reklamace odpovědným pracovníkem TO FNKV (reklamace uznána/neuznána):

Nápravné opatření ze strany TO FNKV (nápravné opatření bude / nebude):

datum

jméno a podpis pracovníka TO FNKV