FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY

ŠROBÁROVA 1150/50, 100 34 PRAHA 10, IČO: 00064 173

TRANSFUZNÍ ODDĚLENÍ, TEL.: 267 162 654, 267 163 954

HLÁŠENÍ O NEAPLIKOVANÝCH TRANSFUZNÍCH PŘÍPRAVCÍCH – EXTERNÍ KLINIKY

Potvrzujeme, že všechny transfuzní přípravky dodané na **kliniku** _____ v **měsíc/rok** _____
byly aplikovány pacientům, pro které byly určeny, **s výjimkou**:

Jméno pacienta	Rodné číslo pacienta	Typ a číslo transf. přípravku	Důvod nepodání*	Identifikace a podpis likvidující osoby

*změna zdravotního stavu/pacient zemřel/technický problém (specifikujte)

_____ _____ razítko kliniky

datum transfuzní lékař (identifikace a podpis)