



Národná transfúzna služba SR

OC Ružinov

Ružinovská 6, 821 02 Bratislava, tel. č.: 0915 915 114 , 0915 915 116, 02/5910 3054

Žiadanka na vykonanie therapeutickej aferetickej procedúry

PLAZMAFERÉZA

ERYTROCYTAFERÉZA

Pacient:

r.č.:

RNP:

Hmotnosť:

Dg.:

Krvná skupina:

Výška :

Indikačné kritérium:

Anamnéza:

**Aktuálny stav
pacienta:**

Laboratórne vyšetrenia:

(KO, koagulácia,
biochémia)

Zdravotnícke zariadenie:

Lekár:

Kód lekára:

Telefón:

Dátum žiadanky

Pečiatka a podpis lekára