



Προς : ΤΜΗΜΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ
ABO, Rh ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Ηλικία:		Κλινική:		Ημ/νία εισόδου:	
Διάγνωση:					

Εάν προβλέπεται μετάγγιση, να συμπληρωθούν τα κάτωθι:

Προηγήθηκαν άλλες μεταγγίσεις; ΟΧΙ: ΝΑΙ: Πότε;

Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις; ΟΧΙ: ΝΑΙ: Ποιες;

Αναφέρεται σε γυναίκες: Αριθμός τοκετών:

Αναφέρεται στο αναμνηστικό γέννηση νεκρού εμβρύου, αυτόματες εκβολές, αιμολυτική νόσος του νεογνού;

Όνοματεπώνυμο διενεργήσαντος την αιμοληψία:

Σημειώστε την περίπτωση:

Μετάγγιση εξαιρετικά επείγουσα
Σημειώνεται **ΜΟΝΟ** σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης και με ευθύνη του εντέλλοντος την μετάγγιση ιατρού, ο οποίος υποχρεούται να βεβαιώσει το επειγόν ενυπογράφως. Κάθε βεβαιωμένη εξέταση συμβατότητας δημιουργεί σοβαρότατους κινδύνους.

Μετάγγιση κατά την εγχείρηση
Ημερομηνία:

Μετάγγιση ευθύς ως γίνουν οι εξετάσεις συμβατότητας

Προληπτική εξέταση συμβατότητας

Μετάγγιση μη επείγουσα

Καθορισμός ομάδας αίματος

Αιτούμενη ποσότητα: Ολικού αίματος, μονάδες: Πλάσματος, μονάδες:
(Μονάδα αίματος = 450ml) (Μονάδα αίματος = 450ml)

Συμπυκνωμένων ερυθρών, μονάδες: Πλυμένων ερυθρών, μονάδες:

Ημερομηνία:

Ο υπεύθυνος ιατρός

Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο της Αιμοδοσίας

Ομάδα ABO: Rh Φαινότυπος Rh

Αριθμοί Μονάδων	ABO και Rh	Σε φ.ο.	Σε λεύκωμα	Βρομελαΐνη	Coombs

Ημερομηνία:

Ο υπεύθυνος αιμοδοσίας