

## Transfuzní záznam

Štítek
--------

SP s podáním transfuzního příprav	ku podepsán : 🗆 Ano		<u>List č.</u>	
Datum podání:				
•				
TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVEK:	L Šv. 1	VITA	LNÍ FUNKCE:	
Druh přípravku:	Číslo vaku:			
Krevní skupina:	Rh faktor:	/DIE	Před aplikací:	Po aplikaci
Množství: ml	Exspirace:	TK:		
DA CHENTE.				
PACIENT: Krevní skupina:	Rh faktor:	P:		
Zjišťovací zkouška:	KII Taktor.	F:		
Biologická zkouška:				
Aplikováno od:	do:	TT:		
Potransfuzní reakce:	do. □Ne	11;		
Jmenovka a podpis lékaře:	Jmenovka a podpis sestry:			
Datum podání:				
TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVEK:		VITÁ	LNÍ FUNKCE:	
Druh přípravku:	Číslo vaku:			
Krevní skupina:	Rh faktor:		Před aplikací:	Po aplikaci
Množství: ml	Exspirace:	TK:		
PACIENT:				
Krevní skupina:	Rh faktor:	P:		
Zjišťovací zkouška:				
Biologická zkouška:	1			
Aplikováno od: Potransfuzní reakce: ☐ Ano	do:	TT:		
	□Ne			
Jmenovka a podpis lékaře:	Jmenovka a podpis sestry:			
Datum podání:				
TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVEK:		VITÁ	LNÍ FUNKCE:	
Druh přípravku:	Číslo vaku:	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	L. H. I OI HOE.	
Krevní skupina:	Rh faktor:		Před aplikací:	Po aplikaci
Množství: ml	Exspirace:	TK:		_ c upilisue
	1			
PACIENT:				
Krevní skupina:	Rh faktor:	P:		
Zjišťovací zkouška:				
Biologická zkouška:				
Aplikováno od:	do:	TT:		
Potransfuzní reakce:	□Ne			
Jmenovka a podpis lékaře:	Jmenovka a podpis sestry:			
menovka a poupis iekaie.	Jilicilovka a poupis sestry.			<u> </u>

Datum podání:					
TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVEK:	TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVEK:		VITÁLNÍ FUNKCE:		
Druh přípravku:	Číslo vaku:				
Krevní skupina:	Rh faktor:	Před aplikací:	Po aplikaci:		
Množství: ml	Exspirace:	TK:			
PACIENT:	I manage				
Krevní skupina:	Rh faktor:	P:			
Zjišťovací zkouška:					
Biologická zkouška:		TT:			
Potransfuzní reakce:   Ano	□Ne				
Jmenovka a podpis lékaře:	Jmenovka a podpis sestry:				
Datum podání:					
TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVEK:		VITÁLNÍ FUNKCE	:		
Druh přípravku:	Číslo vaku:				
Krevní skupina:	Rh faktor:	Před aplikací:	Po aplikaci:		
Množství: ml	Exspirace:	TK:			
PACIENT:					
Krevní skupina:	Rh faktor:	P:			
Zjišťovací zkouška:					
Biologická zkouška:					
Aplikováno od:	do:	TT:			
Potransfuzní reakce:	□Ne				
Jmenovka a podpis lékaře:	Jmenovka a podpis sestry:				
Datum podání:					
TRANSFUZNÍ PŘÍPRAVEK:		VITÁLNÍ FUNKCE	•		
Druh přípravku:	Číslo vaku:	VITALITETINGE	•		
Krevní skupina:	Rh faktor:	Před aplikací:	Po aplikaci:		
Množství: ml	Exspirace:	TK:	1 o upinaci:		
TVIIOZBUVII III	Enspirace.				
PACIENT:					
Krevní skupina:	Rh faktor:	P:			
Zjišťovací zkouška:					
Biologická zkouška:					
Aplikováno od:	do:	TT:			
Potransfuzní reakce:  Ano	□Ne				
Jmenovka a podpis lékaře:	Jmenovka a podpis sestry:				
	pouple souly.				

## Upozornění:

V případě výskytu nežádoucí potransfuzní rekce – třesavka, horečka, dušnost, tachykardie, hypertenze, zhoršení stavu, alergické projevy v průběhu nebo po ukončení transfuze je nutné dodržet postup uvedený v ošetřovatelském standardu č. 8 " Příprava a asistence u aplikace transfuzních přípravků".