



ΚΛΙΝΙΚΗ / ΤΜΗΜΑ:

Προς: ΥΠΗΡΕΣΙΑ 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:

Προηγέθηκαν άλλες μεταγγίσεις:

ΟΧΙ:

ΝΑΙ:

Πότε:

Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις:

ΟΧΙ:

ΝΑΙ:

Ποιές:

Αναφέρεται σε γυναίκες:

Αριθμός τοκετών:

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

Ονοματεπώνυμο 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 επείγον 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: (Μονάδα αίματος = 450 ml)	Πλάσματος, μονάδες: (Μονάδα αίματος = 450 ml)
Συμπυκνωμένων ερυθρών, μονάδες:	Πλυμένων ερυθρών, μονάδες:

Ημερομηνία:

Ο/Η ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΙΑΤΡΟΣ

Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο της Αιμοδοσίας

Ομάδα ABO:

Rh:

Φαινότυπος Rh:

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