42

KARTA OBSERWACJI TRANSFUZJI

Imię i nazwisko pacjenta .....

Data urodzenia .....

Grupa krwi pacjenta .....

Obserwacje

Data i godz. rozpoczęcia przetoczenia	Numer pojemnika	Grupa krwi		przed transfuzją	po 15 min	po transfuzji	podpis
			temp				
			HR				
			RR				
			temp				
			HR				
			RR				
			temp				
			HR				
			RR				
			temp				
			HR				
			RR				
			temp				
			HR				
			RR				
			temp				
			HR				
			RR				

z. 470/2018 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl