

Județul SATU MARE  
Localitate NEGRESTI OAS  
SPITALUL ORASENESC NEGRESTI OAS

CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A. Secția.....salonul.....patul.....

Data 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
a a a a l l z z

**BON- CERERE TRANSFUZIE**

Bolnavul : numele.....prenumele.....

Diagnostic.....

Felul produsului cerut.....

Cantitatea.....

Semnătura și parafa medicului

.....

Județul SATU MARE  
Localitate NEGRESTI OAS  
SPITALUL ORASENESC NEGRESTI OAS

CNP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A. Secția.....salonul.....patul.....

Data 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
a a a a l l z z

**BON- CERERE TRANSFUZIE**

Bolnavul : numele.....prenumele.....

Diagnostic.....

Felul produsului cerut.....

Cantitatea.....

Semnătura și parafa medicului

.....

B. Data 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
a a a a l l z z

Nr.Reg.transfuzii.....

Grupul sanguin al bolnavului.....Rh.....

Grupul sîngelui din flacon.....Rh.....

Nr.flaconului.....

Semnătura și parafa medicului,

.....

C. Am executat transfuzia la data de : Felul produsului.....

Data 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
a a a a l l z z

Cantitatea administrată.....

Semnătura și parafa medicului,

.....

D. Reacții posttransfuzionale ( se șterge cuvîntul necorespunzător) :  
Cefalee/Urticarie Edem Febră/Șoc.....

B. Data 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
a a a a l l z z

Nr.Reg.transfuzii.....

Grupul sanguin al bolnavului.....Rh.....

Grupul sîngelui din flacon.....Rh.....

Nr.flaconului.....

Semnătura și parafa medicului,

.....

C. Am executat transfuzia la data de : Felul produsului.....

Data 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
a a a a l l z z

Cantitatea administrată.....

Semnătura și parafa medicului,

.....

D. Reacții posttransfuzionale ( se șterge cuvîntul necorespunzător) :  
Cefalee/Urticarie Edem Febră/Șoc.....