

**Hlášení o neaplikovaném transfuzním přípravku na zdravotnickém pracovišti/ambulanci – hemovigilance**

Pracoviště.....

Druh přípravku..... Číslo přípravku.....

Důvod nepodání přípravku.....

Neaplikovaný přípravek byl:

- Zlikvidován na klinickém oddělení/ambulanci
- Vracen na Krevní banku

**Vyplněné hlášení odešlete na Krevní banku MNO** (expedice)

Datum: .....  
Razítko zdravotnického pracoviště, jméno a podpis odpovědného lékaře

**Vyplní Krevní banka MNO**

Datum přijetí ..... Přijal (jméno podpis).....

Pořadové číslo.....

Platnost od 1.11.2010

NOP-verze: 1 – 66



**Hlášení o neaplikovaném transfuzním přípravku na zdravotnickém pracovišti/ambulanci – hemovigilance**

Pracoviště.....

Druh přípravku..... Číslo přípravku.....

Důvod nepodání přípravku.....

Neaplikovaný přípravek byl:

- Zlikvidován na klinickém oddělení/ambulanci
- Vracen na Krevní banku

**Vyplněné hlášení odešlete na Krevní banku MNO** (expedice)

Datum: .....  
Razítko zdravotnického pracoviště, jméno a podpis odpovědného lékaře

**Vyplní Krevní banka MNO**

Datum přijetí ..... Přijal (jméno podpis).....

Pořadové číslo.....

Platnost od 1.11.2010

NOP-verze: 1 - 66