

Zápis o reklamaci transfuzního přípravku

Vyplňuje oddělení	
Kdo reklamuje: (název oddělení a stanice)	
Jméno a podpis lékaře, který reklamuje transfuzní přípravek:	
Datum a hodina reklamace:	
Kontakt (telefon) :	
Číslo reklamovaného transfuzního přípravku:	
Popis reklamace:	
Vyplňuje laboratoř transfuzní služby Městské nemocnice Ostrava	
Název produktu / označení produktu (zkratka):	
Šarže produktu (odběrové číslo):	
Zapsal (jméno, příjmení, podpis):	
Datum:	
Vyplňuje Krevní centrum Fakultní nemocnice Ostrava – Poruba	
Vyjádření k reklamaci transfuzního přípravku:	
Datum:	Podpis: