

Objednávka autotransfuzí

Příjmení a jméno pacienta..... Rodné číslo.....

Bydliště..... Pojišťovna.....

Operační výkon bude proveden na pracovišti:.....

Termín přijetí:.....

Diagnosa:.....

Požadováno: počet T.U. plné krve
..... počet T.U. erytrocytového koncentrátu
..... počet T.U. plasmy

Datum: Podpis ošetřujícího lékaře, IČP, odbornost.....

Poučení pro pacienta - dárce:

Vážená paní, vážený pane,
připravujete se na operační výkon, při kterém dojde ke ztrátě krve, která Vám musí být nahrazena. Pokud je Váš zdravotní stav dobrý (mimo potíží, pro které budete operován/a), máte možnost tzv. autotransfúze. To znamená, že si sami sobě můžete darovat krev. Krev Vám bude před operací odebrána na transfuzním odd. Kroměřížské nemocnice a. s., zde bude uskladněna až do operace a po operaci Vám bude podána = vrácena.

K odběru se dostavte na **Transfuzní a hematologické odd. Kroměřížské nemocnice, a. s.**, Havlíčkova 660/69, Kroměříž, **budova „L“** (bývalé zubní odd.), **2. patro, od 7.30 - 9 hod., lehce posnídejte** (např. rohlík a čaj - nic tučného!), **nesmíte hladovět**. Odběry k autotransfuzi se provádí vždy **ve čtvrtek**.

Vezměte s sebou občanský průkaz a průkazku pojištění.

Před každým odběrem Vám bude vyšetřen vzorek krve, podle něhož se rozhodne, zda vlastní odběr k autotransfuzi bude či nebude proveden. **Odběry se neprovádí u pacientů s antikoagulační léčbou (Warfarin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, inj. Zibor, Fraxiparin apod.).**

Pokud trpíte nějakým závažným onemocněním, sdělte to lékaři, který Vám odběr krve k autotransfuzi doporučuje.

Odběry budou provedeny v těchto termínech:.....

Vyjádření pacienta k plánovaným odběrům: souhlasím - nesouhlasím

s provedením odběrů krve k autotransfuzi
i s nezbytným povinným vyšetřením

Podpis pacienta:.....

Datum: