

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ VOLNÉHO HEMOGLOBINU V TRANSFUZNÍCH PŘÍPRAVCÍCH (TP)

Odesílající pracoviště:	Fakultní nemocnice Ostrava, Krevní centrum Kontrolní laboratoř telefon: 59 737 4413 (4415, 4421)
--------------------------------	--

Číslo odběru TP	Druh TP	Objem TP	Datum odběru TP	Datum odeslání TP	Datum přijetí TP na KC

.....
odesílající pracoviště (razítko, identifikace a podpis)

.....
kontrolní laboratoř (razítko, identifikace a podpis)



ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ VOLNÉHO HEMOGLOBINU V TRANSFUZNÍCH PŘÍPRAVCÍCH

Odesílající pracoviště:	Fakultní nemocnice Ostrava, Krevní centrum Kontrolní laboratoř telefon: 59 737 4413 (4415, 4421)
--------------------------------	--

Číslo odběru TP	Druh TP	Objem TP	Datum odběru TP	Datum odeslání TP	Datum přijetí TP na KC

.....
odesílající pracoviště (razítko, identifikace a podpis)

.....
kontrolní laboratoř (identifikace, jméno a podpis)