A képen szöveg látható

Automatikusan generált leírás**Transfusionsmedizin für das sechste Studienjahr:**

**Dokumentation der Teilnahme an Transfusionen**

Geburtsdatum des transfundierten Patienten:   Hämoglobinwert ……….. g/l

Grunderkrankung: .................................................. Indikation: ………………………………………………………...

Indizierender Arzt: ........................................................ Stempel der Abteilung: …………………………………………………..

Laboratorische ABO Rh(D) Blutgruppe: ...............................................................

Typ des Blutprodukts:..................................................... Präparatenummer:....................................................................

Empfang des Blutprodukts in der Abteilung (Jahr, Monat, Tag, Uhr, Minute):

   

Name der transfundierenden Person: ......................................................................................

ABO Rh(D) Blutgruppe des Blutprodukts: ................................................................

ABO Rh(D) Blutgruppe des Patienten, Bedside-Test: ……………………………………………..

Beginn der Transfusion (Jahr, Monat, Tag, Uhr, Minute):    

Biologische Probe: negative/positive

Ende der Transfusion (Jahr, Monat, Tag, Uhr, Minute):    

Komplikation der Transfusion: Ja/Nein

Wenn ja, welche Komplikation:..................................................................................................................................................................

Neptuncode und Unterschrift des/der Studierenden: ...........................................................................

Geburtsdatum des transfundierten Patienten:   Hämoglobinwert ……….. g/l

Grunderkrankung: .................................................. Indikation: ………………………………………………………...

Indizierender Arzt: ........................................................ Stempel der Abteilung: …………………………………………………..

Laboratorische ABO Rh(D) Blutgruppe: ...............................................................

Typ des Blutprodukts:..................................................... Präparatenummer:....................................................................

Empfang des Blutprodukts in der Abteilung (Jahr, Monat, Tag, Uhr, Minute):

   

Name der transfundierenden Person: ......................................................................................

ABO Rh(D)Blutgruppe des Blutprodukts: ................................................................

ABO Rh(D)Blutgruppe des Patienten, Bedside-Test: ……………………………………………..

Beginn der Transfusion (Jahr, Monat, Tag, Uhr, Minute):    

Biologische Probe: negative/positive

Ende der Transfusion (Jahr, Monat, Tag, Uhr, Minute):    

Komplikation der Transfusion: Ja/Nein

Wenn ja, welche Komplikation:..................................................................................................................................................................

Neptuncode und Unterschrift des/der Studierenden: ...........................................................................