

Protokol o vracení transfuzního přípravku do Krevní banky***Vyplní vracející oddělení***

Datum:

Oddělení:

Číslo TP:

Čas vydání TP:

Čas vracení TP:

Potvrzení ošetřujícího lékaře o správném uchování TP během doby od expedice

Teplota uchovávání TP na oddělení:

Jméno lékaře:

Podpis:

Vyplní pracovník Krevní bankyVizuální kontrola:

vak neporušený, bez napíchnutého setu

ano

ne

neporušený štítek vaku

ano

ne

vak navrácen v termoboxu

ano

ne

viditelné známky hemolýzy

ano

ne

Aktuální teplota vaku:

Byly splněny podmínky pro vrácení TP zpět do KB dle SOP KB/05 Nákup, příjem, výdej a vrácení TP, nepodané TP:

☐

Ano, TP lze přijmout zpět

Vyjádření kvalifikované osoby☐

Ne, TP nelze přijmout zpět

Pracovník KB:

Podpis:

Kvalifikovaná osoba KB:

Podpis:

TP – transfuzní přípravky

KB – krevní banka