

[სამედიცინო დაწესებულების დასახელება]	
მიმართვა ტრანსფუზიოლოგიის სამსახურს	თარიღი:
პაციენტის სახელი, გვარი_____	პაციენტის ABO-(ჯგუფი) სისტემა და Rh- ფაქტორი_____
განყოფილება:	ისტორიის # _____; ასაკი: _____წლ.
საჭირო სისხლის კომპონენტები / რაოდენობა (ერთეული)	ერითროციტული მასა: _____ერთეული
	კრიოპლაზმა: _____ერთეული
ტრანსფუზიის ჩვენება:	ექიმის ხელმოწერა:
[სამედიცინო დაწესებულების დასახელება]	
მიმართვა ტრანსფუზიოლოგიის სამსახურს	თარიღი:
პაციენტის სახელი, გვარი_____	პაციენტის ABO-(ჯგუფი) სისტემა და Rh- ფაქტორი_____
განყოფილება:	ისტორიის # _____; ასაკი: _____წლ.
საჭირო სისხლის კომპონენტები / რაოდენობა (ერთეული)	ერითროციტული მასა: _____ერთეული
	კრიოპლაზმა: _____ერთეული
ტრანსფუზიის ჩვენება:	ექიმის ხელმოწერა:
[სამედიცინო დაწესებულების დასახელება] zugdidi, batumi, kutaisi	
მიმართვა ტრანსფუზიოლოგიის სამსახურს	თარიღი:
პაციენტის სახელი, გვარი_____	პაციენტის ABO-(ჯგუფი) სისტემა და Rh- ფაქტორი_____
განყოფილება:	ისტორიის # _____; ასაკი: _____წლ.
საჭირო სისხლის კომპონენტები / რაოდენობა (ერთეული)	ერითროციტული მასა: _____ერთეული
	კრიოპლაზმა: _____ერთეული
ტრანსფუზიის ჩვენება:	ექიმის ხელმოწერა: