

אל: המעבדה לזיהוי מחלות זיהומיות, מש"ד
 מספר פקס: 03-5300522

טופס הזמנת מרכיבי דם בעלי סיכון מופחת להעברת CMV

הגורם המזמין: _____ שם המזמין: _____ תאריך הזמנה: _____ סה"כ מנות בהזמנה: _____

למילוי בשירותי הדם					למילוי ע"י הגורם המזמין					
מספר מנות שסופקו	תאריך אספקה	חתימה וחותמת מספק המנה/המנות	חתימת מקבל ההזמנה	התקבל ב- תאריך בשעה	הערות (מרכיב שאינו כד"א/ הסכמה למנה מעל 5 ימים/ לא מסונן וכו')	מוקרן (הקף בעיגול)	מחולק (הקף בעיגול)	Rh (הקף בעיגול)	סוג דם	מס' מנות מבוקש
						כן	לא	+		
						לא	2	-		
							3			
							4			
							7			
						כן	לא	+		
						לא	2	-		
							3			
							4			
							7			

- נא לרשום בהערות במידה ונדרש מרכיב שאינו כד"א מסונן.
- שעות הקרנה 11:00 ו-17:00. הזמנות דחופות, שעבורן תיידרש הקרנה מיוחדת, יחויבו עבור הקרנה מיוחדת.
- לשאלות, בירורים ומעקב הזמנות ניתן לפנות בטלפון: 03-5300464/6 בין השעות 08:00-14:00 ומחוץ לשעות הפעילות לתורן משלוחים בטל: 03-5300436/7

Rinat

טופס מס' 05-031-1, בתוקף מתאריך 03/12/2017, באשור אבטחת איכות: רינת קולומינסקי