

Inksto transplantacijos paslaugų teikimo
ir apmokėjimo tvarkos aprašo
4 priedas

(Inksto recipientų kraujo mėginių, siunčiamų recipientų sensitizacijos tyrimui, lydraščio forma)

**INKSTO RECIPIENTO KRAUJO MĖGINIŲ, SIUNČIAMŲ
RECIPIENTO SENSITIZACIJOS TYRIMUI, LYDRAŠTIS**

Siunčiančioji įstaiga _____
(pavadinimas, kodas, adresas, telefonas)

Recipientas _____
(vardas, pavardė)

Asmens kodas _____ Vyras Moteris

Kraujo grupė O A B AB

Rezus (Rh) faktorius teigiamas neigiamas

Paskutinio kraujo perpylimo data _____

Perpildo kraujo kiekis / perpylimų skaičius (per pastaruosius du mėnesius) _____

Gydytojas _____
(spaudas, parašas, data)