



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
Δ.Υ.ΠΕ.  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

A1

0801

Ημ/νία:

## ΑΙΤΗΣΗ ΕΘΕΛΟΝΤΗ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

Επώνυμο:		Όνομα:		Πατρώνυμο:	
Έτος γέννησης:		Επάγγελμα:			
Δ/νση:		Τ.Κ. - Πόλη:		Συνοικία:	
Τηλ. οικίας:		Τηλ. Εργασ.:		Άλλο:	

### ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΦΟΡΑΣ

Πότε δώσατε αίμα;		Που;	
Πόσες φορές το χρόνο σκέφτεστε να προσφέρετε αίμα;			
Ποιους μήνες κατά προτίμηση;		Σε ποιο νοσοκομείο;	

**Δηλώνω ότι επιθυμώ να γίνω εθελοντής αιμοδότης**

Ο/Η εθελοντής αιμοδότης



Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Αιμοδότη:

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΜΟΔΟΤΗ (Συμπληρώνεται από τον αιμοδότη)

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Έτος γέννησης:	<input type="text"/>	Τόπος γέννησης:	<input type="text"/>		
Επάγγελμα:	<input type="text"/>	Αριθμ. Αστ. Ταυτότ.:	<input type="text"/>		
Διεύθυνση:	<input type="text"/>	Τ.Κ. - Πόλη:	<input type="text"/>	Τηλ.:	<input type="text"/>

### (Συμπληρώνεται από τον ιατρό)

Αρτηριακή Πίεση (συστ./διαστ):	<input type="text"/> mm/Hg	Σφύξεις:	<input type="text"/> /min	Θερμοκρασία:	<input type="text"/> °C	Βάρος:	<input type="text"/> Kg
Αιματοκρίτης:	<input type="text"/> %	Αιμοσφαιρίνη:	<input type="text"/> gr/dl	Ομάδα Αίματος:	<input type="text"/> Rh <input type="text"/>	Ύψος:	<input type="text"/> m
Γενική Εντύπωση:	<input type="text"/>						

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΙΜΟΔΟΤΗ: Εθελοντής  Εθελοντής ενόπλων δυνάμεων  Συγγενής ασθενή

### ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Έχετε δώσει αίμα άλλη φορά; ΝΑΙ:  ΟΧΙ:  Πότε δώσατε τελευταία φορά;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ		ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε ποτέ αποκλειστεί από αιμοδοσία;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μεταδοτικό νόσημα στο περιβάλλον σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάνετε επικίνδυνο επάγγελμα ή χόμπι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη φαρμάκων;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Είχατε προβλήματα υγείας παλαιότερα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τις τελευταίες 5 ημέρες ήπιατε ασπιρίνη;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Είχατε ποτέ;</b> Ήκτερο ή Ηπατίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Γεννηθήκατε ή ζήσατε ή ταξιδέψατε στο εξωτερικό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σύφιλη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Χάσατε βάρος – έχετε πυρετό ή αδένες διογκωμένους;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ελονοσία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε υποστεί ποτέ μεταμόσχευση κερατοειδούς ή σκληρού χιτώνα στο μάτι σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Έχετε ακούσει ότι στην οικογένεια σας υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Creutzfeldt – Jakob (νόσος τρελών αγελάδων);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ρευματοειδή αρθρίτιδα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Λήψη εκχυλισμάτων αυξητικής ορμόνης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Καρδιοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>ΚΑΝΑΤΕ:</b>		
Προκάρδιους πόνους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εξαγωγή ή θεραπεία δοντιού την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Υπέρταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εμβόλια την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Σπασμούς (ως ενήλικας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Εγχείρηση ή ιατρικές εξετάσεις το χρόνο που πέρασε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Λιποθυμίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μετάγγιση αίματος ή παραγώγων αίματος τον τελευταίο χρόνο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις στομάχου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τατουάζ ή τρύπημα αυτιών ή βελονισμό;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έλκος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Τρυπηθήκατε από βελόνα σύριγγας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Άλλες εγχειρήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Κάποια πληγή ή αμυχή του δέρματός σας ή βλεννογόνο του στόματός σας ήρθε σε επαφή με ξένο αίμα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Παθήσεις των νεφρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Μήπως μέσα στο χρόνο που πέρασε ήσαστε έγκυος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Αλλεργία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Αναιμία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Άλλα νοσήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### ΠΡΟΣΟΧΗ! – ΠΟΙΟΣ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΩΣΕΙ ΑΙΜΑ

- Όποιος έχει έστω και μία ομοφυλοφιλική σχέση από το 1977.
  - Όποιος έχει κάνει κάποτε ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών.
  - Όποιος είχε πολλούς ερωτικούς συντρόφους χωρίς τη συστηματική χρήση προφυλακτικών μέσων, κατά τη τελευταία δεκαετία.
  - Ερωτικοί σύντροφοι πολυμεταγχιζόμενων ατόμων.
  - Όποιος είχε τους τελευταίους 12 μήνες σεξουαλική επαφή με σύντροφο που πληρωνόταν είτε με χρήματα είτε με ναρκωτικά για να κάνει σεξ.
  - Γενικά όποιος νομίζει ότι υπάρχει πιθανότητα να έχει εκτεθεί στον ιό που προκαλεί AIDS.
- Αν κάτι από τα παραπάνω σας απασχολεί, μπορείτε να το συζητήσετε με τον ιατρό της Αιμοδοσίας. **ΜΗ ΓΙΝΕΤΕ ΟΜΩΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗΣ**

Δέχομαι την αιμοληψία, απάντηση ειλικρινά στις ερωτήσεις και έλαβα γνώση των αναφερομένων πληροφοριών. Βεβαιώνω ότι τι αίμα μου, είναι στη διάθεση της Υπηρεσίας Αιμοδοσίας για κάθε ασθενή που θα το χρειάζεται.

**Ο/Η Αιμοδότης**

**Ο/Η ενεργήσας την εξέταση Ιατρός**



Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Αιμοδότη:

## ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΠΡΟΣ ΑΙΜΟΔΟΤΗ

Αγαπητέ/η κ.

Σας ευχαριστούμε που προσφέρατε αίμα στο Κέντρο μας, την

Όπως γνωρίζετε, ο εργαστηριακός έλεγχος των αιμοδοτών είναι μέρος της διαδικασίας που ακολουθούμε, με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας του αίματος που προορίζεται για μετάγγιση στους ασθενείς, αλλά και για την προστασία της υγείας των ίδιων των αιμοδοτών.

Κατά τον έλεγχο που έγινε στο αίμα που προσφέρατε στο Κέντρο μας, διαπιστώθηκε η ανάγκη επανελέγχου των εξετάσεων που αφορούν στην:

Παρακαλούμε να προσέλθετε στο Κέντρο Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου μας καθημερινά (πλην Σαββάτου και Κυριακής) ώρες από  έως  προσκομίζοντας την επιστολή αυτή, προκειμένου να λάβουμε νέο δείγμα αίματος για επανάληψη των εξετάσεων.

Σας ευχαριστούμε

Ο/Η Ιατρός



Προς: ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Ημ/νία:

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

## ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ABO, Rh ΚΑΙ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>	Πατρώνυμο:	<input type="text"/>
Ηλικία:	<input type="text"/>	Κλινική:	<input type="text"/>	Ημ/νία εισόδου:	<input type="text"/>
Διάγνωση:	<input type="text"/>				

### Εάν προβλέπεται μετάγγιση, να συμπληρωθούν τα κάτωθι:

Προηγήθηκαν άλλες μεταγγίσεις;	ΟΧΙ: <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ: <input type="checkbox"/>	Πότε;	<input type="text"/>
Παρατηρήθηκαν αντιδράσεις;	ΟΧΙ: <input type="checkbox"/>	ΝΑΙ: <input type="checkbox"/>	Ποιες;	<input type="text"/>

Αναφέρεται σε γυναίκες: Αριθμός τοκετών:

Αναφέρεται στο αναμνηστικό γέννηση νεκρού εμβρύου, αυτόματες εκβολές, αιμολυτική νόσος του νεογνού;

Όνοματεπώνυμο διενεργήσαντος την αιμοληψία:

### Σημειώστε την περίπτωση:

<input type="checkbox"/> <b>Μετάγγιση εξαιρετικά επείγουσα</b> Σημειώνεται <b>ΜΟΝΟ</b> σε περίπτωση απόλυτης ανάγκης και με ευθύνη του εντέλλοντος την μετάγγιση ιατρού, ο οποίος υποχρεούται να βεβαιώσει το επείγον ενυπογράφως. Κάθε βεβαιωμένη εξέταση συμβατότητας δημιουργεί σοβαρότατους κινδύνους.	<input type="checkbox"/> <b>Μετάγγιση κατά την εγχείρηση</b> Ημερομηνία: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Μετάγγιση ευθύς ως γίνουν οι εξετάσεις συμβατότητας</b>	<input type="checkbox"/> <b>Προληπτική εξέταση συμβατότητας</b>
<input type="checkbox"/> <b>Μετάγγιση μη επείγουσα</b>	<input type="checkbox"/> <b>Καθορισμός ομάδας αίματος</b>

<b>Αιτούμενη ποσότητα:</b> Ολικού αίματος, μονάδες: <input type="text"/> (Μονάδα αίματος = 450ml)	Πλάσματος, μονάδες: <input type="text"/> (Μονάδα αίματος = 450ml)
Συμπυκνωμένων ερυθρών, μονάδες: <input type="text"/>	Πλυμένων ερυθρών, μονάδες: <input type="text"/>

Ημερομηνία:

Ο/Η υπεύθυνος ιατρός

### Συμπληρώνεται από το Εργαστήριο της Αιμοδοσίας

Ομάδα ABO:  Rh  Φαινότυπος Rh

Αριθμοί Μονάδων	ABO και Rh	Σε φ.ο.	Σε λεύκωμα	Βρομελαΐνη	Coombs
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Προς: ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Αρ. Μητρ. Ασθ.:

Θάλαμος:

Κλίνη:

## ΔΕΛΤΙΟ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Διάγνωση:

### ΜΕΤΑΓΓΙΣΘΕΝ ΑΙΜΑ Ή ΠΡΟΪΟΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

Αίμα:  Ερυθρά:  Αιμοπετάλια:  Πλάσμα:  Άλλο

Ημ/νία Μετάγγισης: Ωρα: Ωρα έναρξης αντίδρασης:

Ποσότητα που μεταγγίσθηκε: ml Αρ. Μονάδος:

### ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ

ΣΗΜΕΙΑ	ΠΡΙΝ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	
Θερμοκρασία:			<input type="checkbox"/> Δυσφορία	<input type="checkbox"/> Θωρακικό ή κοιλιακό άλγος
Αρτηρ. Πίεση (mmHg):			<input type="checkbox"/> Ρίγος	<input type="checkbox"/> Έμετος – Ναυτία
Σφύξεις /min:			<input type="checkbox"/> Πυρετός	<input type="checkbox"/> Ίκτερος
Αιμοσφαιρινουρία:			<input type="checkbox"/> Ερύθημα	<input type="checkbox"/> Απώλεια ούρων
			<input type="checkbox"/> Κνησμός	<input type="checkbox"/> Απώλεια κοπράνων
			<input type="checkbox"/> Εξάνθημα	<input type="checkbox"/> Απώλεια συνείδησης
			<input type="checkbox"/> Δύσπνοια	<input type="checkbox"/> Ανακοπή
			<input type="checkbox"/> Οσφραλγία	

Αντιμετώπιση:

Όνοματεπώνυμο Ιατρού:

Ημερομηνία:

Υπογραφή Ιατρού

### ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ

#### ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ

ΒΑΘΜΟΣ I	ΒΑΘΜΟΣ II	ΒΑΘΜΟΣ III	ΒΑΘΜΟΣ IV
Μόνο εξάνθημα	Ρίγη, πυρετός, ανησυχία, ταχυσφυγμία	Οξύ άλγος στην οσφύ, κοιλιά, θώρακα Απότομη πτώση της ΑΠ, ολιγουρία, αιμορραγία	Shock, απώλεια ούρων, κοπράνων, συνείδησης

#### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ

1. Διακοπή μετάγγισης 2. Χορήγηση αντιισταμινικών 3. Αν δεν αντιδράσει στα παραπάνω, εφαρμόζονται οι οδηγίες του βαθμού II	1. Διακοπή μετάγγισης. Διατήρηση ανοιχτής φλέβας, έγχυση φυσιολ. ορού 2. Λήψη δείγματος ούρων και έλεγχος ελεύθερης Hb. Λήψη νέου δείγματος αίματος και αποστολή του μαζί με τη μεταγγισθείσα μονάδα αίματος στην αιμοδοσία 3. Χορήγηση αντιπυρετικών 4. Αν οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι θετικές, γίνεται προφυλακτική θεραπεία όπως στο βαθμό IV	1. Ο,τι στους βαθμούς I,II 2. Διατήρηση της πίεσης αίματος 3. Συνεννόηση με Αιμοδοσία, Αιματολογικό τμήμα/ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας/ Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
--	--	---

**Βαθμός I:** Απουσία άμεσης ή μακροπρόθεσμης απειλής της ζωής

**Βαθμός II:** Μακροπρόθεσμη νοσηρότητα

**Βαθμός III:** Άμεση απειλή της ζωής

**Βαθμός IV:** Θάνατος

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Αποστέilate στην Αιμοδοσία τη Μονάδα του Μεταγγιζόμενου Αίματος/ Προϊόντος φιαλίδιο γενικής αίματος και δείγμα ορού σε πήγμα από τον ασθενή



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
Δ.Υ.ΠΕ.  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ:

A2

811

Ημερομηνία:

## ΑΙΤΗΣΗ ΔΙΑΘΕΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ Ή ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Επώνυμο:	<input type="text"/>	Όνομα:	<input type="text"/>		
Κλινική:	<input type="text"/>	Θάλαμος:	<input type="text"/>	Αρ. Μητρ. Ασθ.:	<input type="text"/>

Ομάδα Αίματος:

Rh:

ΛΕΥΚΟ: Αιμοδοσία, ΚΙΤΡΙΝΟ: Κλινική

Είδος	Αιτούμενη ποσότητα	Χορηγηθείσα ποσότητα	Αριθμός μονάδας
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Παράδοση:

Ημερομηνία:

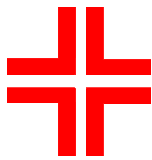
Ώρα:

Στοιχεία αιτούντος  
(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

Υπογραφή  
υπευθύνου αιμοδοσίας

Παρελήφθη από  
(ονοματεπώνυμο - υπογραφή)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)



Ημ/νία:

## ΠΑΡΑΣΤΑΤΙΚΟ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ Ή ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΣΕ ΑΛΛΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

### ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ

Υπηρεσία αιμοδοσίας Νοσοκομείου προς την οποία απευθύνεται:

Παρακαλούμε να χορηγήσετε για τις ανάγκες μας τις παρακάτω μονάδες αίματος ή παραγώγων αίματος:

Ομάδα αίματος  Rh

Είδος αίματος	Αιτούμενη ποσότητα (μονάδες)	Χορηγηθείσα ποσότητα	Αριθμός μονάδας

Ημερομηνία αίτησης:

Ώρα αίτησης:

Στοιχεία αιτούντος:

Υπογραφή αιτούντος:

### ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

#### ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ

Βεβαιώνεται ότι οι χορηγούμενες μονάδες αίματος ή παραγώγων αίματος είναι ελεγμένες σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και έχουν βρεθεί αρνητικές για HbsAg, αντι-HIV 1 και 2, αντι-HCV καθώς και για σύφιλη

#### ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:


Ημ/νία παραλαβής:  Ώρα:

Όνοματεπώνυμο παραλαβόντος:

Ο/Η υπεύθυνος  
της χορηγούσας Αιμοδοσίας

Ο/Η παραλαβών



Ημ/νία:

## ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΩΝ ΓΙΑ ΚΛΑΣΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

Υπηρεσία Αιμοδοσίας Νοσοκομείου:

Δ/νση:  Πόλη:  Τ.Κ.

Τηλ:

Όνοματεπώνυμο υπευθύνου:

Ημ/νία αποστολής:  Ώρα αποστολής:

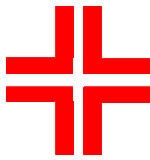
### ΠΡΟΣ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

A/A	Ημ/νία αιμοληψίας	Αριθ. μονάδας	HBsAg	Αντι-HIV	Αντι-HCV	VDRL ή RPR	Όγκος κάθε μονάδος (ml)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

ΛΕΥΚΟ: Εθνικό Κέντρο Παρασκευής Παραγώνων, ΚΙΤΡΙΝΟ: Αποστέρηση Αιμοδοσία

Υπογραφή υπευθύνου





Ημ/νία:

## ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΚΑΤΕΨΥΓΜΕΝΩΝ ΠΛΑΣΜΑΤΩΝ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

Υπηρεσία Αιμοδοσίας Νοσοκομείου:

Δ/νση:

Πόλη:

Τ.Κ.

Όνοματεπώνυμο υπευθύνου:

Ημ/νία αποστολής:

Ώρα αποστολής:

### ΠΡΟΣ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ημερομηνία πρώτης αιμοληψίας:

Ημερομηνία τελευταίας αιμοληψίας:

Σύνολο αποστελλόμενων πλασμάτων:

### ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ

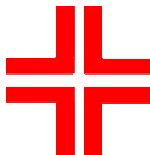
Screening Test	Όνομασία αντιδραστηρίου	Γενεά	Παραγωγός
HbsAg			
Anti-HIV 1 και 2			
Anti – HCV			
RPR / VDRL			

Χρησιμοποιούμενος ασκός αιμοληψίας (είδος/παραγωγός):

Είδος αντιπηκτικού:

Βεβαιώνεται ότι όλες οι αποστελλόμενες μονάδες πλάσματος έχουν καταψυχθεί εντός 24 ωρών από τον αποχωρισμό τους και ότι βρέθηκαν αρνητικές για HbsAg, αντι – HIV 1 και 2, αντι – HCV, (ελεγμένο με αντιδραστήρια τουλάχιστον 2<sup>ης</sup> γενεάς) καθώς και για σύφιλη.

Υπογραφή υπευθύνου



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
Δ.Υ.ΠΕ.  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

A2

831

Αριθμ. πρωτ:

Ημ/νία:

## ΔΕΛΤΙΟ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑΣ ΠΡΟΣ ΕΛΕΓΧΟ

Από Μονάδα Αιμοληψίας:

Προς Κέντρο Αίματος:

Σας στέλνουμε τις μονάδες αίματος που συλλέχθηκαν στην αιμοληψία της  (ημερομηνία)

στον τόπο:  με αριθμούς μονάδων από:  έως:

Σύνολο μονάδων:

### Παρατηρήσεις:

Ημ/νία αποστολής:  Ώρα αποστολής:

Στοιχεία αποστέλλοντος:  Υπογραφή:

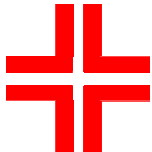
### ΠΑΡΑΛΑΒΗ

Ημερομηνία παραλαβής:  Ώρα παραλαβής:

Παρατηρήσεις παραλαβόντος:

Ο/Η Παραλαβών

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

A2

851

Ημ/νία:

## ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΟΘΕΜΑΤΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΤΗΣ

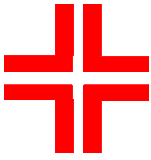
(ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ)

ΟΜΑΔΑ	ΑΙΜΑΤΑ			FFP ΠΛΑΣΜΑ		ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ	ΙΝΩΔΟΓΟΝΟ
	ΜΕ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑ	ΑΝΕΥ ΣΥΜΒΑΤΟΤΗΤΑΣ	ΜΗ ΕΛΕΓΜΕΝΑ	ΕΛΕΓΜΕΝΑ	ΜΗ ΕΛΕΓΜΕΝΑ		
A+							ΑΛΒΟΥΜΙΝΕΣ
A-							
O+							
O-							
B+							ΑΛΒΟΥΜΙΝΕΣ
B-							
AB+							ΑΛΒΟΥΜΙΝΕΣ
AB-							
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>							

Ο/Η Προϊστάμενος της αιμοδοσίας

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)





ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
Δ.Υ.ΠΕ.  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

A2  
861

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ - Τ.Κ. - ΠΟΛΗ - ΤΗΛ. - FAX)