



MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII

SPITALUL CLINIC CĂI FERATE IAȘI

Iași, Cod 700506, Str. Garabet Ibrăileanu, Nr. 1, C.I.F.: 4981239, E-mail: secretariat@spitalcfiasi.ro

Tel.: 0232/216422 Secretariat Tel./Fax: 0232/264013 Web: www.spitalcfiasi.ro

FORMULAR CERERE ANALIZE UTS

Secția _____ Data solicitării _____ Medicul care solicită (parafă/semnătură) _____

I. DATE PACIENT

Nume și prenume pacient		CNP												
Vârstă pacient		Sex	☐ F ☐ M	Nr. FOCG										
Diagnostic														

II. ANALIZE

- ☐ grup sanguin ABO, RhD ☐ fenotip Rhesus, Kell ☐ depistare de anticorpi iregulari antieritrocitari
☐ proba de compatibilitate majoră (test salin, enzimatic, TCI)

As. med. secție care a recoltat proba (nume/prenume/semnătura): _____ Data recoltării: _____

Ora predării probei către UTS: _____

As. med. UTS care primește proba (nume/prenume/semnătura): _____

Testați și păstrați serul: : ☐ Da ☐ Nu

Observații: _____

III. SECȚIUNE COMPLETATĂ DE CĂTRE UTS – BULETIN DE ANALIZĂ

Rezultate:

Asistent medical UTS care a testat proba

Medic coordonator UTS

(nume, prenume, semnătura)

(parafă, semnătura)