

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



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