

FORMULAR APLIKIMI PËR COOMBS
COOMBS APPLICATION FORMULAR

Mbiemri / *Surname*: _____

Emri / *Name*: _____

Data e lindjes / *Patient birthday (date/month/year)*: ___/___/___

Grupi i gjakut + Rh / *Blood Group*: _____

Është shtatëzanë / *Pregnancy*: PO (Yes) JO (No)

Është bërë gjilpëra imunizuese / *Immunization injection*: PO (Yes) JO (No)

Probleme të tjera / *Other Problems*:

