

WZÓR*

Podmiot leczniczy: Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia

Tryb wykonania badania

NORMALNY

PILNY

Do Pracowni serologii lub immunologii
transfuzjologicznej w**ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI**

Nazwisko i imię

Data urodzenia numer PESEL

Płeć

K

M

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej numeru
PESELJeżeli pacjent NN: numer księgi głównej, numer księgi oddziałowej
lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny

Rozpoznanie

Grupa krwi**Przeciwciała odpornościowe**Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciężce (*właściwe podkreślić*)

Data ostatniego przetoczenia

*(pieczętka i podpis lekarza kierującego)*Rodzaj materiału do badania: krew na EDTA/krew na skrzep (*właściwe podkreślić*)**Data i godzina pobrania próbki krwi***(czytelny podpis osoby pobierającej)***Składniki krwi zarezerwowane dla pacjenta przez Bank Krwi:**

Grupa krwi i numer donacji

Grupa krwi i numer donacji

Grupa krwi i numer donacji

Grupa krwi i numer donacji

(podpis osoby wydającej segmenty drenów)

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania

* Układ graficzny nieobowiązujący.