Nowy 135

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Podmiot leczniczy: Jednostka lub komórka organizacyjna:	Data wystawienia zlecenia:..... Tryb wykonania badania*: ☐ **NORMALNY** ☐ **PILNY** Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej w .....

Nazwisko i imię pacjenta: .....

Numer PESEL:....., data urodzenia: ..... Płeć*: ☐ **K** ☐ **M**

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:.....

Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej:.....

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny:.....

Rozpoznanie:.....

Poprzednie wyniki badań *(grupa krwi, przeciwciała odpornościowe)*:.....

.....

.....

Rodzaj materiału do badania*: ☐ krew żylna na skrzep/EDTA

☐ krew tętnicza na skrzep/EDTA ☐ krew pępowinowa na skrzep/EDTA

Data i godzina wystawienia zlecenia:	Data i godzina pobrania próbki krwi:
Oznaczenie** i podpis lekarza:	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej próbkę:

Data i godzina przyjęcia próbki do badania	Numer badania

* Właściwe zaznaczyć X.

** Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska – czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

MZ/Szp-45 z. 326/2018 „DRUK" Warszawa, ul. Przasnyska 11/U1B, tel. 22 639 30 41/42; fax 22 639 30 40
Gdańsk, ul. Abrahama 7, tel./fax 58 557 59 05 www.pphudruk.com.pl