Podmiot:.....

Jednostka lub komórka organizacyjna:.....

.....Dnia.....

(pieczątka jednostki lub komórki organizacyjnej składającej zamówienie)

ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI

Nazwisko i imię pacjenta.....

Numer PESEL lub data urodzenia.....

Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej.....nr ks. oddziałowej.....

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....

Grupa krwi pacjenta.....

Przeciwciała odpornościowe.....

Rozpoznanie choroby.....

Wskazanie do transfuzji.....

PROSZĘ O WYDANIE

Liczba jednostek lub opakowań

.....
(pełna nazwa zamawianego składnika)

Grupa krwi ABO	**Rh (słownie)**

FENOTYP krwinek czerwonych *(jeśli potrzeba)*

.....

.....
(data, podpis i pieczątka lekarza zamawiającego)