Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia.....

Tryb wykonania badania | NORMALNY | | PILNY |

Do Pracowniserologii 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 PESEL.....

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

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....

Rozpoznanie.....

Grupa krwi.....

Przeciwciała odpornościowe.....

Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciąże (właściwe podkreślić).....

Data ostatniego przetoczenia.....

.....
(pieczątka i podpis lekarza kierującego)

Rodzaj materiału do badania,krew na EDTA/krew na skrzep(właściwe podkreślić)

Data i godzina pobraniapróbki 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