Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia ..... (poz. .....)

Załącznik nr 1

*WZÓR**

KSIĄŻKA TRANSFUZYJNA

(w poziomym układzie strony)

Strona 1

Lp.	Nazwa składnika krwi	Numer donacji	Miejsce wytworzenia	Termin ważności składnika krwi	Data i godzina otrzymania składnika krwi	Dawca ABO RhD	Biorca ABO RhD	Nazwisko, imię i data urodzenia biorcy	Numer PESEL biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Strona 2

Numer historii choroby	Wynik próby zgodności**	Nazwisko i imię lekarza zlecającego przetoczenie	Data i godzina rozpoczęcia przetaczania składnika krwi	Data i godzina zakończenia przetaczania składnika krwi	Nazwisko i imię osoby wykonującej przetoczenie	Przetoczona objętość	Ocena przebiegu przetoczenia (uwagi o powikłaniach poprzetoczeniowych)	Czytelny podpis lekarza oceniającego przebieg przetoczenia
11	12	13	14	15	16	17	18	19

**Zgodna, niezgodna serologicznie – zgodna fenotypowo.

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**