

Podmiot:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

(pieczęć jednostki lub komórki
organizacyjnej składającej zamówienie)

....., dnia
(miejscowość)

ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI

Nazwisko i imię pacjenta

Numer PESEL lub data urodzenia

Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej, numer księgi oddziałowej

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny

Grupa krwi pacjenta

Przeciwciała odpornościowe

Rozpoznanie choroby

Wskazanie do transfuzji

PROSZĘ O WYDANIE

Liczba jednostka lub opakowań

.....
(pełna nazwa zamawianego składnika)

Grupa krwi AB0

RhD (słownie)

Fenotyp krwinek czerwonych (jeśli potrzeba)

.....

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