

Podmiot leczniczy

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia

Tryb wykonania badania NORMALNY ☐ PILNY ☐

Do Pracowni serologii lub immunologii transfuzjologicznej

W

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

Nazwisko i imię

Data urodzenia nr PESEL Płeć K ☐ M ☐

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nie posiadającej numeru PESEL

Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej, numer księgi oddziałowej

lub неповtarzalny numer identyfikacyjny

Rozpoznanie

Grupa krwi

Przeciwciała odpornościowe

Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciążę (właściwe podkreślić)

Data ostatniego przetoczenia

.....
(pieczętka i podpis lekarza kierującego)

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

Data i godzina pobrania próbki 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