

WZOR

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

Podmiot leczniczy:	Data wystawienia zlecenia:
Jednostka lub komórka organizacyjna:	Tryb wykonania badania*:
	<input type="checkbox"/> NORMALNY <input type="checkbox"/> PILNY

Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej w

Nazwisko i imię pacjenta:

Numer PESEL: data urodzenia: Płeć*: K M

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

Jeżeli pacjent NN – numer księgi głównej:

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny:

Rozpoznanie:

Grupa krwi ABO i RhD:

Przeciwciała odpornościowe:

Biorca: pierwszorazowy wielokrotny: data ostatniego przetoczeniaRodzaj materiału do badania*: krew żylna na skrzep/EDTA
 krew tętnicza na skrzep/EDTA krew pępowinowa na skrzep/EDTA

Data i godzina wystawienia zlecenia:	Data i godzina pobrania próbki krwi:
Oznaczenie** i podpis lekarza zlecającego badanie:	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej oraz osoby/osób identyfikujących:

WYPELNIĄ BANK KRWI

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 cieniow)

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania

* Właściwe zaznaczyć X

** Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu. Jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska – czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.