

WZÓR

WYNIK PRÓBY ZGODNOŚCI

Nazwa jednostki wykonującej badanie:	Wynik próby zgodności:		Data i godzina pobrania próbki:
	Ważny do	dd-mm-rrrr	gg:mm
	Nr badania	Data i godzina przyjęcia próbki do badań:	
	Data badania	dd-mm-rrrr	Nazwa jednostki kierującej na badanie:
Dane pacjenta:			
Nazwisko i imię:			
Numer PESEL*:			
Data urodzenia:			
Płeć**: <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/> KOBIETA			
Jeżeli pacjent NN – numer księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID):			
Grupa krwi pacjenta:		Fenotyp:	
Przeciwciała odpornościowe:			
Uwagi:			
Dawcy:		Podpisy lekarza/pielęgniarki odpowiedzialnych za przetoczenie:	

nr donacji:	grupa krwi fenotyp:	wynik:	
nr donacji:	grupa krwi fenotyp:	wynik:	
nr donacji:	grupa krwi fenotyp:	wynik:	
Wykonał***:		Autoryzował***:	
Badanie wykonano metodą****:			
Data i godzina wydruku:			

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

** Właściwe zaznaczyć X.

*** Oznaczenie osoby 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.

**** Propozycje zapisu:

Badanie wykonano metodą:

- automatyczną (producent analizatora)..... ABO i RhD PTA
- półautomatyczną (producent analizatora)..... ABO RhD PTA
- manualną:
 - szkiełkową: ABO RhD
 - probówkową: ABO RhD PTA
 - mikrokolumnową: ABO i RhD PTA