

WZÓR

ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI DO PILNEGO PRZETOCZENIA

Podmiot leczniczy:
 Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia:

Tryb zlecenia

PILNY

Do Banku Krwi

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 książki głównej:
 lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny:
 Rozpoznanie:
 Grupa krwi:
 Przeciwciała odpornościowe:
 Biorca*: pierwszorazowy wielokrotny ciążę
 Data ostatniego przetoczenia:

PROSZĘ O WYDANIE

[Empty box for full name of the component]

(pełna nazwa zamawianego składnika)

[Empty box for number of units or packages]

(liczba jednostek lub opakowań)

Specyficzne zalecenia**:

Grupa krwi ABO RhD (słownie)

[Empty box for ABO RhD group]

Fenotyp krwinek czerwonych (jeżeli potrzeba)

[Empty box for red cell phenotype]

.....
(data, oznaczenie*** oraz podpis lekarza zamawiającego)

WYPEŁNIA BANK KRWI

Składniki krwi wydane 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)

* Właściwe zaznaczyć X.

** Składnik ubogoleukocytarny, napromieniowany itd.

*** 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.