

## ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA KREW LUB JEJ SKŁADNIKI

.....  
(data i miejscowość)

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 księgi głównej: .....

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny: .....

Grupa krwi pacjenta: .....

Przeciwciała odpornościowe: .....

Rozpoznanie choroby: .....

Wskazanie do przetoczenia: .....

### PROSZĘ O WYDANIE

(pełna nazwa zamawianego składnika)

(liczba jednostek lub opakowań)

Specyficzne zalecenia\*\* : .....

Grupa krwi ABO RhD (słownie)

Fenotyp krwinek czerwonych (jeżeli potrzeba)

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

\* 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.