

## WYNIK BADANIA GRUPY KRWI

Nazwa jednostki wykonującej badanie:	<b>Wynik badania grupy krwi nr</b>		Data i godzina pobrania próbki:
	<input type="checkbox"/> potwierdzony*	<input type="checkbox"/> niepotwierdzony*	Data i godzina przyjęcia próbki do badań:
	Data badania:		Nazwa jednostki kierującej na badanie:
	Badanie poprzednie	nr data	
Dane pacjenta:			
Nazwisko i imię: .....			
Numer PESEL**:			
Data urodzenia: .....		Płeć*: <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/> KOBIETA	
Jeżeli pacjent NN – nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID): .....			
Grupa krwi pacjenta:			
Przeciwciała odpornościowe:			
Uwagi:			
Badanie wykonano metodą***:			
Wykonał****:		Autoryzował****:	
		Data i godzina wydruku: .....	

\* Właściwie zaznaczyć X.

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

\*\*\* 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

\*\*\*\* 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.