

## ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Podmiot leczniczy:
Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia:

.....

Tryb wykonania badania\*:  NORMALNY

PILNY

Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej

w .....

## ZLECENIE NA BADANIE GRUPY 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: .....

Rozpoznanie: .....

Poprzednie wyniki badań (grupa krwi, przeciwciała odpornościowe): .....

Rodzaj 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:	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej próbkę oraz osoby/osób identyfikujących:

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

--

Numer badania

--

\* Właściwie 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.