

## 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 księgi głównej: .....

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny: .....

Rozpoznanie: .....

Grupa krwi: .....

Przeciwciała odpornościowe: .....

Biorca\*:  pierwszorazowy  wielokrotny  ciężce .....

Data ostatniego 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)*

## 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.