

## ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

Podmiot leczniczy:  Jednostka lub komórka organizacyjna:	Data wystawienia zlecenia: .....  Tryb wykonania badania*: <input type="checkbox"/> NORMALNY <input type="checkbox"/> PILNY
--	--

Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej w .....

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 ABO i RhD: .....

Przeciwciała odpornościowe: .....

Biorca:  pierwszorazowy  wielokrotny: data ostatniego przetoczenia .....

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 zlecającego badanie:	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej oraz osoby/osób identyfikujących:

### WYPEŁNIA BANK KRWI

Składniki krwi zarezerwowane 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)

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania

\* Właściwe 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.