

ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI DO PILNEGO PRZETOCZENIA
Wydać przed wykonaniem próby zgodności

Podmiot leczniczy:
jednostka

lub komórka organizacyjna

Do RCKiK w Słupsku

Data wystawienia zlecenia:

Tryb zlecenia

PILNY

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, ciążę.....
 Data ostatniego przetoczenia:

PROSZĘ O WYDANIE

(pełna nazwa zamawianego składnika)

(liczba jednostek lub opakowań)

Specyficzne zalecenia**

Grupa krwi ABO i RhD (słownie)

Fenotyp krwinek czerwonych

.....
 (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 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.