

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

Podmiot leczniczy:

Data wystawienia zlecenia.....

Tryb wykonania badania*: NORMALNY PILNY

Do Pracowni Badań Konsultacyjnych RCKiK w Słupsku

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:
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.....

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

.....
(podpis osoby wydającej segmenty drenów)

Numer badania

* Właściwie zaznaczyć X.

** 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.