

| | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. Jana Pawła II w Słupsku | | |
| Nr wersji: 01 | SOP-DIT.K-PZ-03 | Strona zał. 1 z 1 |
| Załącznik nr: 3 | Wersja zał. nr: 1 | Data: 20.02.2026 |

| |
|--|
| Podmiot leczniczy: Jednostka lub komórka organizacyjna |
|--|

Data wystawienia zlecenia.....

Tryb wykonania badania*: NORMALNY PILNY

Do Pracowni Badań Konsultacyjnych
 Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
 w Słupsku

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

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.....

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

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

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.