

RCKiK w Białymstoku		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DIT-PZ-01	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 3	Wersja zał. nr: 01	Data: 25.09.2023

Podmiot leczniczy:
Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia

Tryb wykonania badania*: NORMALNY PILNY

Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej
w

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia ____ - ____ - ____ numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Płeć*: K M

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Jeżeli pacjent NN: numer książki głównej, lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....

Rozpoznanie

Grupa krwi ABO i RhD

Przeciwciała odpornościowe

Biorca*: pierwszorazowy wielokrotny: data i godzina 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/...../..... godz.	Data i godzina pobrania próbki krwi/...../..... godz.
Oznaczenie** i podpis lekarza zlecającego badanie	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej próbkę 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

(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