

RCKiK w Białymstoku		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DIT-PZ-01	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 2	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 BADANIE GRUPY KRWI

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

Poprzednie wyniki badań (grupa krwi, przeciwciała odpornościowe):
.....

Rodzaj materiału do badania*:

Krew tętnicza na skrzep/EDTA 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:	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej próbkę oraz osoby/osób identyfikujących:

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