**ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA KREW LUB JEJ SKŁADNIKI**

…………………………………

(data i miejscowość)

Do Banku Krwi……………………………..

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……………………………

Grupa krwi pacjenta .....................................................

Przeciwciała odpornościowe.........................................

Rozpoznanie choroby ...................................................

Wskazanie do przetoczenia……………………………

PROSZĘ O WYDANIE

(pełna nazwa zamawianego składnika) (liczba jednostek lub opakowań)

Specyficzne zalecenia\*\*……………………………………………………………………

Grupa krwi ABO RhD (słownie) Fenotyp krwinek czerwonych (jeżeli potrzeba)

……………………………………………………

(data, oznaczenie\*\*\* oraz podpis lekarza zamawiającego)

\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\*Składnik ubogoleukocytarny, napromieniowany, itd.

\*\*\* 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.