Data wystawienia zlecenia

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Tryb wykonania badania\* □ NORMALNY

□ PILNY

Do Pracowni immunologii transfuzjologicznej w

…………….…………………………………

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY 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……………………………

Rozpoznanie..........................................................................................

Poprzednie wyniki badań (grupa krwi, przeciwciała odpornościowe)

...............................................................................................................

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 krwi |
| Oznaczenie\*\* i podpis lekarza | Oznaczenie\*\* i podpis osoby pobierającej próbkę |

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.