Strona 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa składnika krwi** | **Numer donacji** | **Miejsce wytworzenia** | **Termin ważności****składnika krwi** | **Data i godzina** **otrzymania składnika krwi** | **Dawca ABO RhD** | **Biorca ABO RhD** | **Nazwisko, imię biorcy** | **Numer PESEL biorcy lub data urodzenia, w przypadku braku nr PESEL, jeżeli pacjent NN - nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Strona 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr historii choroby** | **Numery wyników grupy krwi biorcy\*/****Numer wyniku próby zgodności\*\*** | **Nazwisko i imię lekarza****zlecającego przetoczenie** | **Data i godzina rozpoczęcia****przetaczania składnika krwi** | **Data i godzina zakończenia****przetaczania składnika krwi** | **Nazwisko i imię** **osoby wykonującej przetoczenie** | **Przetoczona objętość** | **Ocena przebiegu przetoczenia** **(uwagi o możliwych** **niepożądanych reakcjach i zdarzeniach)** | **Oznaczenie\*\*\*lekarza odpowiedzialnego za przebieg przetoczenia oraz jego podpis** |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |  19 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* W przypadku przetoczenia osocza, KKP i krioprecypitatu - numer badania wyniku grupy krwi biorcy, na podstawie której oceniono zgodność serologiczną z dawcą.

\*\* W przypadku przetoczenia KKCz, KPK i KG - numer badania wyniku próby zgodności.

\*\*\* 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.