**WYNIK PRÓBY ZGODNOŚCI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa jednostki wykonującej badanie | | Wynik Próby Zgodności | | | | Data i godzina pobrania próbki | |
| Ważny do: | | dd-mm-rrrr | gg:mm | Data i godzina przyjęcia próbki do badań | |
| Nr badania | |  | | Nazwa jednostki kierującej na badanie | |
| Data badania: | | dd-mm-rrrr | |
| Dane pacjenta:  Nazwisko i imię: ……………………………………………………………………………… | | | | | | | |
| Numer PESEL\* …………………………………………………  Data urodzenia …………………………………………………. Płeć\*\*: MĘŻCZYZNA KOBIETA  Jeżeli pacjent NN - numer księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID)…………………………………………………………………………………………… | | | | | | | |
| Grupa krwi pacjenta: | | | | | Fenotyp: | | |
| Przeciwciała odpornościowe: | | |  | | | | |
| Uwagi: | | | | | | | |
| Dawcy: | | | | | | | Podpisy lekarza/pielęgniarki odpowiedzialnych za przetoczenie: |
| nr donacji |  | | grupa krwi fenotyp: | | wynik: |  |  |
| nr donacji |  | | grupa krwi fenotyp: | | wynik: |  |  |
| nr donacji |  | | grupa krwi fenotyp: | | wynik: |  |  |
| Wykonał\*\*\*: | | | Autoryzował\*\*\*: | | | |  |
| Badanie wykonano metodą\*\*\*\*:  Data i godzina wydruku: | | | | | | | |

\* W przypadku osoby nie posiadającej nr PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

\*\* Właściwe zaznaczyć X.

\*\*\* Oznaczenie osoby 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.

\*\*\*\* Propozycje zapisu:

Badanie wykonano metodą:

- automatyczną (producent analizatora)…………  ABO i RhD  PTA

- półautomatyczną (producent analizatora)………  ABO  RhD  PTA

- manualną: • szkiełkową:  ABO  RhD

• probówkową:  ABO  RhD  PTA

• mikrokolumnową:  ABO i RhD  PTA