Data wystawienia zlecenia……

Tryb wykonania badania: Normalny Pilny

Podmiot leczniczy

Do Pracowni Badań Konsultacyjnych
RCKiK **w Słupsku**

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

Nazwisko i imię pacjenta……..
PESEL……...……..data urodzenia……...…… Płeć K M

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL……
Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej……numer księgi oddziałowej…….
lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny……

Rozpoznanie……

Grupa krwi
……

Przeciwciała odpornościowe……
Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciąże (*właściwe podkreślić*)
Data ostatniego przetoczenia……

……
Pieczątka i podpis lekarza kierującego

Rodzaj materiału do badania: krew na EDTA , krew na skrzep (właściwe podkreślić)

Data i godzina pobrania próbki krwi…….

……..
Czytelny podpis osoby pobierającej

Składniki krwi zarezerwowane dla pacjenta przez Bank Krwi:

Grupa krwi i numer donacji……

Grupa krwi i numer donacji……

Grupa krwi i numer donacji……

Grupa krwi i numer donacji……

……
Podpis osoby wydającej segmenty drenów

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania