Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu		
Numer wersji 1	SOP-DITKCz/PBK-PZ-01	Strona 1 z 1
Załącznik: 8	Wersja załącznika:1	Data: 02-09-2024

Podmiot leczniczy Jednostka lub komórka organizacyjna

Data wystawienia zlecenia……

Tryb wykonania badania: Pilny

Do Banku Krwi…….

ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI DO PILNEGO PRZETOCZENIA

Nazwisko…….. Imię……Płeć: K□ M□

Data urodzenia_____-_____-_____ numer PESEL

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

……..

Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej……, lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny……

Rozpoznanie……

Grupa krwi ABO i RhD…… **□ wynik potwierdzony**

□ wynik niepotwierdzony

Przeciwciała odpornościowe……..

Biorca: □ pierwszorazowy □ wielokrotny □ ciąże

Data ostatniego 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)

Wypełnia Bank Krwi

Składniki krwi wydane 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)