

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu		
Numer wersji 1	SOP-DITKCz/PBK-PZ-01	Strona 1 z 1
Załącznik: 4	Wersja załącznika:1	Data: 02-09-2024

Podmiot leczniczy: Jednostka lub komórka organizacyjna:	Data wystawienia zlecenia: Tryb wykonania badania* ☐ NORMALNY ☐ PILNY								
Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej w 									
ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI									
Nazwisko i imię pacjenta.....									
Nr PESEL:, data urodzenia Płeć* ☐ K ☐ M									
W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:									
Jeżeli pacjent NN – numer książki 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									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Data i godzina wystawienia zlecenia:</td> <td style="padding: 5px;">Data i godzina pobrania próbki krwi:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Oznaczenie** i podpis lekarza:</td> <td style="padding: 5px;">Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej próbkę oraz osoby/osób identyfikujących:</td> </tr> </table>	Data i godzina wystawienia zlecenia:	Data i godzina pobrania próbki krwi:	Oznaczenie** i podpis lekarza:	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej próbkę oraz osoby/osób identyfikujących:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Data i godzina przyjęcia próbki do badania</td> <td style="padding: 5px;">Numer badania</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Data i godzina przyjęcia próbki do badania	Numer badania		
Data i godzina wystawienia zlecenia:	Data i godzina pobrania próbki krwi:								
Oznaczenie** i podpis lekarza:	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej próbkę oraz osoby/osób identyfikujących:								
Data i godzina przyjęcia próbki do badania	Numer badania								
Podpis osoby przyjmującej próbkę..... *Właściwie 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									