

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu		
Numer wersji 1	SOP-DITKCz/PBK-PZ-01	Strona 1 z 1
Załącznik: 5	Wersja załącznika:1	Data: 02-09-2024

Data wystawienia zlecenia :.....

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka
organizacyjna:

Tryb wykonania badania* ☐ NORMALNY ☐ PILNY

Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej w

.....

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

Nazwisko i imię pacjenta:

Numer PESEL , data urodzenia Płeć * ☐ K ☐ M

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 AB0 i RhD:

Przeciwciała odpornościowe: Biorca: ☐ pierwszorazowy ☐ wielokrotny: data ostatniego przetoczenia

Rodzaj materiału do badania*: ☐ Krew żylna na skrzep/EDTA ☐ Krew tętnicza na skrzep/EDTA

☐ Krew pępowinowa na skrzep/EDTA

Data i godzina wystawienia zlecenia:	Data i godzina pobrania próbki krwi:
Oznaczenie** i podpis lekarza zlecającego badanie	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej oraz osoby/osób identyfikujących:

WYPEŁNIA BANK KRWI

Składniki krwi zarezerwowane dla pacjenta przez Bank Krwi:

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

Podpis osoby przyjmującej próbkę do badań.....

*Właściwe 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