

WZÓR\*

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka  
organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia .....

Tryb wykonania badania

NORMALNY

PILNY

Do Pracowni serologii lub immunologii  
transfuzjologicznej w .....**ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI**

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia ..... numer PESEL ..... Płeć

K

M

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

Rozpoznanie .....

**Grupa krwi** .....**Przeciwciała odpornościowe** .....Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciężce (*właściwe podkreślić*)

Data ostatniego przetoczenia .....

(pieczęć 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

\* Układ graficzny nieobowiązujący.