

15P

Załącznik nr 5

## WZÓR

Podmiot: .....  
Jednostka lub komórka organizacyjna: .....

(pieczęć jednostki lub komórki ..... dnia .....  
organizacyjnej składającej zamówienie) (miejscowość)

## ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI

Nazwisko i imię pacjenta .....  
Numer PESEL lub data urodzenia .....  
Jeżeli pacjent NN: numer książki głównej ....., numer książki oddziałowej .....  
lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny .....  
Grupa krwi pacjenta .....  
Przeciwciała odpornościowe .....  
Rozpoznanie choroby .....  
Wskazanie do transfuzji .....

PROSZĘ O WYDANIE

Liczba jednostek lub opakowań

.....  
(pełna nazwa zamawianego składnika)

Grupa krwi ABO

RhD (słownie)

Fenotyp krwinek czerwonych (jeśli potrzeba)

.....  
.....

.....  
(data, podpis i pieczęć lekarza zamawiającego)

\* Układ graficzny nieobowiązujący.