

193

2012 195

Załącznik nr 7

WZÓR*

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia:

Tryb zlecenia

PILNY

Do Banku Krwi

ZLECENIE NA KREW DO PILNEJ TRANSFUZJI
(wydać przed wykonaniem próby zgodności)

Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia numer PESEL Płeć

| | |
|---|---|
| K | M |
|---|---|

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL

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

Rozpoznanie

Grupa krwi

Przeciwciała odpornościowe

Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciężce (właściwe podkreślić)

Data ostatniego przetoczenia

PROSZĘ O WYDANIE

Liczba jednostek lub opakowań

.....
(pełna nazwa zamawianego składnika)

| |
|--|
| |
|--|

.....
(pieczęć i podpis lekarza)**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)

* Układ graficzny nieobowiązujący.