

193

1955

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.