

WZÓR

156

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Data wystawienia zlecenia:

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka
organizacyjna:Tryb wykonania badania*: ☐ NORMALNY☐ PILNYDo Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej w
.....

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię pacjenta:

Numer PESEL:, data urodzenia: Płeć*: ☐ K ☐ MW przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL nazwa i numer dokumentu
stwierdzającego tożsamość:

Jeżeli pacjent NN – numer księgi głównej:

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny:

Rozpoznanie:

Poprzednie wyniki badań (grupa krwi, przeciwciała odpornościowe):
.....

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:	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej próbkę:

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania

* 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.