

WZÓR

199

ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI DO PILNEGO PRZETOCZENIA

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka
organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia:

Tryb zlecenia

PILNY

Do Banku 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:

Grupa krwi:

Przeciwciała odpornościowe:

Biorca*: ☐ pierwszorazowy ☐ wielokrotny ☐ ciążę

Data ostatniego przetoczenia:

PROSZĘ O WYDANIE

(pełna nazwa zamawianego składnika)

(liczba jednostek lub opakowań)

Specyficzne zalecenia**:

Grupa krwi ABO RhD (słownie)

Fenotyp krwinek czerwonych (jeżeli potrzeba)

.....
(data, oznaczenie*** oraz podpis lekarza zamawiającego)

WYPEŁNIA BANK KRWI

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)

* Właściwe zaznaczyć X.

** Składnik ubogoleukocytarny, napromieniowany itd.

*** 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.