

WZÓR

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Podmiot leczniczy: Jednostka lub komórka organizacyjna:
--

Data wystawienia zlecenia:

Tryb wykonania badania*: NORMALNY PILNY

Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej w

.....

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię pacjenta:

Numer PESEL:, data urodzenia: Płeć*: K M

W 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

* Właściwie 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.