ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

DO PRACOWNI SEROLOGICZNEJ BADAŃ KONSULTACYJNYCH RCKiK
w GDAŃSKU

..……
Pieczątka jednostki kierującej

Data.....

Tryb wykonania badania*:

NORMALNY ☐ **PILNY** ☐ **NA RATUNEK** ☐

Oddział:……..

DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię: …….....
Nr księgi głównej/oddziałowej dla pacjenta NN lub niepowtarzalny nr identyfikacyjny

Data urodzenia …… **Płeć*:** **K** ☐ **M** ☐

PESEL …….....
nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość jeśli brak nr PESEL

Rozpoznanie: …..…….

Poprzednie wyniki badań (grupa krwi, przeciwciała)**:**……...

Transfuzje (data ostatniego przetoczenia)**:**……..

Ciąże (podać daty)**:**……..

Data i godzina wystawienia zlecenia: ……

……..……
Czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego

Rodzaj materiału do badania*: **k**rew: **żylna** ☐ **tętnicza** ☐ **pępowinowa**☐

pobrana na **skrzep** ☐ pobrana na **EDTA** ☐

……..…… ……..
Data i godzina pobrania próbki Czytelny podpis i pieczątka osoby pobierającej

***** *Właściwe zaznaczyć* X

wypełnia pracownik PSBK RCKiK

…….. …….
Data i godzina przyjęcia próbki Numer badania

Podpis osoby przyjmującej próbki: ……..