data wystawienia zlecenia…………………………………….

Podmiot leczniczy:

Oddział/Klinika:

(pieczątka)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *data i godzina przyjęcia próbki do badania (w PK)* | *czytelny podpis osoby przyjmującej próbki* | *numer badania* |
|  |  |  |

 Podmiot leczniczy:

Oddział/Klinika:

(pieczątka)

 Tryb wykonania badania\*: RUTYNOWY  PILNY

 **Do Pracowni Badań Konsultacyjnych RCKiK w Łodzi**

 **ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI**

**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 (ID)……………

Rozpoznanie:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Grupa krwi ABO i RhD:………………………………………………………………………………………………………………………………….

Przeciwciała odpornościowe: …………………………………………………………………………………………………………………..

Biorca\*:  pierwszorazowy  wielokrotny: data ostatniego przetoczenia: ………………………………….

Rodzaj materiału do badań\*: 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 zlecającego badanie: | oznaczenie\*\* i podpis osoby pobierającej oraz osoby/osób identyfikujących: |

Wypełnia BANK KRWI

Składniki krwi zarezerwowane 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)

 Wypełnia pracownik PK

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *data i godzina przyjęcia próbki do badania (w PK)* | *czytelny podpis osoby przyjmującej próbki* | *numer badania* |
|  |  |  |