



DO PRACOWNI SEROLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ I BANKU KRWI
CENTRALNEGO LABORATORIUM KLINICZNEGO UCML UCK

Data:

Jednostka lub komórka organizacyjna

MPK - -

Tryb badania

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię: _____ Płeć

Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej oddziału lub ID pacjenta

Data urodzenia: PESEL

Jeżeli brak nr PESEL: nazwa i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Rozpoznanie: _____

Poprzednie wyniki badań (*grupa krwi, przeciwciała odpornościowe*) _____

Pieczętka i podpis lekarza kierującego

Rodzaj materiału do badania:

Data i godzina pobrania próbki: _____

(czytelny podpis osoby
pobierającej krew)

Przyjęcie próbki krwi przez Bank Krwi UCK

Data i godzina przyjęcia próbki krwi:

Numer zlecenia:

(czytelny podpis osoby przyjmującej krew)