



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

Data:

\_\_\_\_\_  
Jednostka lub komórka organizacyjna

MPK  -  -

Tryb badania

### ZAMÓWIENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

#### Dane dotyczące biorcy

Nazwisko i imię: \_\_\_\_\_ Płeć

*Jeżeli pacjent NN: numer książki głównej oddziału lub ID pacjenta*

Data urodzenia:  PESEL

*Jeżeli brak nr PESEL: nazwa i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość*

Grupa krwi pacjenta:

ABO

Rh (słownie)



Przeciwciała odpornościowe/fenotyp: \_\_\_\_\_

Rozpoznanie:

Biorca:

Data ostatniego przetoczenia krwi:

\_\_\_\_\_  
(pieczętka i podpis lekarza  
kierującego)

Rodzaj materiału do badania:

Data i godzina pobrania krwi:



\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis osoby  
pobierającej krew)

### Składniki krwi zarezerwowane dla pacjenta przez Bank Krwi

Grupa krwi i nr donacji:

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis osoby wydającej drewny)

Data i godzina przyjęcia próbki krwi:

 

Numer zlecenia:

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis osoby przyjmującej próbki)