

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

Data i godzina przyjęcia próbki krwi:

Numer zlecenia:

Jednostka lub komórka organizacyjna

Data:

MPK - -

Tryb badania Normalny Pilny

(czytelny podpis osoby przyjmującej krew)

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię: _____ Płeć K M

Jeżeli pacjent NN: numer książki 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*) _____

Data i godzina wystawienia zlecenia:

Pieczętka i podpis lekarza kierującego

Rodzaj materiału do badania: krew żylna na EDTA krew żylna na skrzep pieczętka i podpis osoby pobierającej próbkę

Data i godzina pobrania próbki:

pieczętka i podpis osoby identyfikującej próbkę*

*Osoba identyfikująca weryfikację niezbędna dla wykonania badania w trybie pilnym