

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

Jednostka lub komórka organizacyjna _____
Data: [][][][][][][][][]
MPK [][][] - [][][] - [][][]
Tryb badania [Normalny] [Pilny]

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI NOWORODKA

Dane dotyczące matki

Nazwisko i imię: _____
Jeżeli pacjentka NN: numer księgi głównej oddziału lub ID pacjenta
Data urodzenia: [][][][][][][][][] PESEL [][][][][][][][][][][][][][][][][][][]
Jeżeli brak nr PESEL: nazwa i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Dane dotyczące noworodka

Noworodek: [Syn] [Córka] Data i godzina urodzenia: [][][][][][][][][][][][][][]
Poród: [Pojedynczy] [Mnogi] Kolejność urodzenia/ilość porodów: _____ *(np. I z 2, II z 3)*
Rozpoznanie: _____

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

Materiał biologiczny: [krew pępowinowa na skrzep/ EDTA] [krew żylna na skrzep/ EDTA]

Data i godzina wystawienia zlecenia: [][][][][][][][][][][][][][]

(pieczętka i podpis lekarza kierującego)

Rodzaj materiału do badania: [Krew na EDTA] [Krew na skrzep]
pieczętka i podpis osoby pobierającej próbkę

Data i godzina pobrania krwi: [][][][][][][][][][][][][][]
pieczętka i podpis osoby identyfikującej próbkę*

*Osoba identyfikująca weryfikację niezbędna dla wykonania badania w trybie pilnym

Przyjęcie próbki krwi przez Bank Krwi

Data i godzina przyjęcia próbki krwi: [][][][][][][][][][][][][][]

Numer zlecenia: _____

(czytelny podpis osoby przyjmującej próbki)

Źródło dokumentu: SOP-KREW-01 – zał. nr 11