UCK Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

F/PZ-PL-02/Z23/E002

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

Data: ☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Jednostka lub komórka organizacyjna

MPK ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐ Tryb badania Normalny Pilny

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

Dane dotyczące biorcy

Nazwisko i imię: _____ Płeć K M

Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej oddziału lub ID pacjenta

Data urodzenia: ☐☐☐☐☐☐☐☐ PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Jeżeli brak nr PESEL: nazwa i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Grupa krwi pacjenta: **ABO** ☐ **RhD** (*słownie*) ☐

Przeciwciała odpornościowe/fenotyp: _____

Rozpoznanie: _____

Biorca: Pierwszorazowy Wielokrotny Przebyte ciąże

Data ostatniego przetoczenia krwi: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Data i godzina zlecenia: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐ _____

_____

(pieczątka i podpis lekarza kierującego)

Rodzaj materiału do badania: Krew żylna na EDTA Krew żylna na skrzep

Data i godzina pobrania krwi: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

pieczątka i podpis osoby pobierającej próbkę

_____

pieczątka i podpis osoby identyfikującej próbkę*

*Osoba identyfikująca weryfikację niezbędna dla wykonania badania w trybie pilnym

Składniki krwi zarezerwowane dla pacjenta przez Bank Krwi

Grupa krwi i nr donacji:

_____

(czytelny podpis osoby wydającej dreny)

Data i godzina przyjęcia próbki krwi: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Numer zlecenia:

_____

(czytelny podpis osoby przyjmującej próbki)

Źródło dokumentu: SOP-KREW-01 – zał. nr 10