

**ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE
IMMUNOHEMATOLOGICZNE w IHiT w Warszawie**

.....
Pieczęć jednostki kierującej

Data.....

Oddział.....

Wyrażam zgodę **Nie Wyrażam Zgody**
na przeprowadzenie badania konsultacyjnego w IHiT w Warszawie *

DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię:
Nr księgi głównej/oddziałowej dla pacjenta NN lub niepowtarzalny nr identyfikacyjny

Data urodzenia

Płeć: **K** **M**

PESEL
nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość jeśli brak nr PESEL

Rozpoznanie:

Poprzednie wyniki badań (grupa krwi, przeciwciała):.....

Transfuzje (data ostatniego przetoczenia):.....

Ciąże (podać daty):.....

.....
Czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego

* Do czasu uzyskania wyniku z IHiT i zaleceń odnośnie doboru krwi, RCKiK nie ma możliwości zabezpieczenia pacjenta w krew zgodną do przetoczenia.

Rodzaj materiału do badania: próbka krwi: pobrana na **skrzep** , objętość.....
pobrana na **EDTA** , objętość.....

.....
Data i godzina pobrania próbki

.....
Czytelny podpis osoby pobierającej

.....
Data i godzina przyjęcia próbki**

.....
Podpis osoby przyjmującej próbki**

** wypełnia pracownik RCKiK