

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI
DO PRACOWNI SEROLOGICZNEJ BADAŃ KONSULTACYJNYCH RCKiK
w GDAŃSKU

.....
Pieczęć jednostki kierującej

Data.....

Tryb wykonania badania:

NORMALNY **PILNY** **NA RATUNEK**

Oddział.....

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

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

.....
Data i godzina pobrania próbki

.....
Czytelny podpis osoby pobierającej

.....
Data i godzina przyjęcia próbki*

.....
Numer badania*

.....
Podpis osoby przyjmującej próbki*

* wypełnia pracownik RCKiK