

**ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI
DO PRACOWNI SEROLOGICZNEJ BADAŃ KONSULTACYJNYCH
RCKiK w GDAŃSKU**

.....
Pieczętka jednostki kierującej

Data.....

Oddział.....

Tryb wykonania badania:

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

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:

Grupa krwi:

Przeciwciała odpornościowe:

Transfuzje: biorca pierwszorazowy;

biorca wielokrotny (data ostatniej transfuzji).....

Ciąże:.....

.....
Czytelny podpis i pieczętka 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*

.....
Podpis osoby przyjmującej próbki*

.....
Numer badania*

* wypełnia pracownik RCKiK