

ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE w IHiT w Warszawie

Data.....

.....
Pieczętka jednostki kierującej

Oddział.....

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

***UWAGA!** W przypadku konieczności identyfikacji przeciwciał w IHiT, do czasu uzyskania wyniku tego badania z IHiT oraz zaleceń odnośnie doboru krwi, RCKiK nie ma możliwości zabezpieczenia pacjenta w krew zgodną do przetoczenia.*

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 pieczętka lekarza kierującego

Rodzaj materiału do badania*: krew: żylna tętnicza pępowinowa
 pobrana na **skrzep** pobrana na **EDTA**

* właściwe zaznaczyć **X**

..... Data i godzina pobrania próbki Czytelny podpis i pieczętka osoby pobierającej
---	---

wypełnia pracownik PSBK

.....
Data i godzina przyjęcia próbki

.....
Podpis osoby przyjmującej próbki