# ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE w IHiT w Warszawie

…… Data.....
Pieczątka jednostki kierującej

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)**:**……..

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

……..……
Czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego

**Rodzaj materiału do badania*:** **k**rew: **żylna** ☐ **tętnicza** ☐ **pępowinowa**☐
pobrana na **skrzep** ☐ pobrana na **EDTA** ☐

| | |
|---|---|
| …….....…… | …….…….. |
| Data i godzina pobrania próbki | Czytelny podpis i pieczątka osoby pobierającej |

***wypełnia pracownik PSBK***

…….. ……..
Data i godzina przyjęcia próbki Podpis osoby przyjmującej próbki