

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

.....  
Pieczęć 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 ABO RhD :** .....

**Przeciwciała odpornościowe:** .....

**Transfuzje\*:**  biorca pierwszorazowy;

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

**Ciąże:**.....

Data i godzina wystawienia zlecenia: .....	..... Czytelny podpis i pieczęć lekarza zlecającego
--	--

**Rodzaj materiału do badania\*:**    krew: **żylna**                       **tętnicza**                       **pępowinowa**

   pobrana na **skrzep**                       pobrana na **EDTA**

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

\* Właściwe zaznaczyć **X**

---

**wypełnia pracownik PSBK RCKiK**

.....  
Data i godzina przyjęcia próbki

.....  
Numer badania

Podpis osoby przyjmującej próbki: .....