

**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 ABO RhD :

Przeciwciała odpornościowe:

Transfuzje*: biorca pierwszorazowy;

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

Ciąże:.....

Data i godzina wystawienia zlecenia: Czytelny podpis i pieczętka lekarza zlecającego
--	---

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

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

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

* *Właściwe zaznaczyć **X***

wypełnia pracownik PSBK RCKiK

.....
Data i godzina przyjęcia próbki

.....
Numer badania

Podpis osoby przyjmującej próbki: