

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku		
Nr wersji: 1	SOP-DLiIT/PSBK-PZ-01	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 3	Wersja zał. nr: 1.1	Data: 15.09.2025

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI
DO PRACOWNI SEROLOGICZNEJ BADAŃ KONSULTACYJNYCH RCKiK w GDAŃSKU

.....
Pieczętka jednostki kierującej

Data.....

Tryb wykonania badania*:

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

Oddział:.....

DANE PACJENTA:

Nazwisko i imię:
Nr książki 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):.....

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

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: