

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Gdańsku		
Nr wersji: 1	SOP-DLiIT/PSBK-PZ-01	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 10	Wersja zał. nr: 1.1	Data: 15.09.2025

ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE w IHiT w Warszawie

.....
Pieczęć jednostki kierującej

Data.....

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 pieczęć 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 pieczęć osoby pobierającej
---	---

wypełnia pracownik PSBK

.....
Data i godzina przyjęcia próbki

.....
Podpis osoby przyjmującej próbki