

Pieczęć jednostki kierującej		Data wystawienia zlecenia	Tryb badania <input type="checkbox"/> RUTYNOWY <input type="checkbox"/> PILNY
Nazwisko i imię pacjenta		Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	
Nr PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Data urodzenia		Pacjent NN - nr księgi gł./oddział.
SKIEROWANIE NA PRÓBĘ ZGODNOŚCI DO PRACOWNI KONSULTACYJNEJ RCKiK w KATOWICACH			
DO SKIEROWANIA NALEŻY DOŁĄCZYĆ ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA KREW			
<input type="checkbox"/> KKCz <input type="checkbox"/> KKCz ubogoleukocytarny <input type="checkbox"/> KKCz napromieniowany <input type="checkbox"/> KKCz przemiany <input type="checkbox"/> CMV-			
Ilość jednostek			
Grupa krwi			
Przeciwciała odpornościowe			
Uwagi			
Wywiad lekarski			
Rozpoznanie :			
Wskazania do przetaczania:			
<input type="checkbox"/> biorca wielokrotny – data ostatniej transfuzji <input type="checkbox"/> powikłania po przetoczeniu składników krwi <input type="checkbox"/> ciąża – jeśli aktualnie: która, tydzień <input type="checkbox"/> podanie immunoglobuliny anty-D – data podania <input type="checkbox"/> leki zawierające przeciwciała monoklonalne, jakie, kiedy <input type="checkbox"/> przeszczepienie KK – data przeszczepu, grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem KK grupa krwi dawcy KK			
Istotne wyniki laboratoryjne			
RBC Hb Ht Bilirubina			
Inne			
Lekarz kierujący	Rodzaj materiału <input type="checkbox"/> próbka krwi na skrzep <input type="checkbox"/> próbka krwi na EDTA	Data i godzina pobrania próbki krwi	Dane osoby pobierającej próbkę krwi
Rejestracja próbki w Pracowni Konsultacyjnej			
Data i godzina przyjęcia próbki	Numer badania	Podpis osoby rejestrującej	
Składniki krwi zarezerwowane dla pacjenta (numer donacji, grupa krwi, fenotyp)			