

WZÓR*

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia:

Tryb zlecenia

PILNY

Do Banku Krwi

ZLECENIE NA KREW DO PILNEJ TRANSFUZJI*(wydać przed wykonaniem próby zgodności)*

Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia numer PESEL Płeć K M

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL

Jeżeli pacjent NN: numer książki głównej, numer książki oddziałowej
lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....

Rozpoznanie

Grupa krwi**Przeciwciała odpornościowe**Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciężce *(właściwe podkreślić)*

Data ostatniego przetoczenia

PROSZĘ O WYDANIE**Liczba jednostek lub opakowań**.....
(pełna nazwa zamawianego składnika).....
*(pieczętka i podpis lekarza)***Składniki krwi wydane dla pacjenta przez Bank Krwi:**

Grupa krwi i numer donacji

Grupa krwi i numer donacji

Grupa krwi i numer donacji

Grupa krwi i numer donacji

.....
(podpis osoby wydającej segmenty drenów)

* Układ graficzny nieobowiązujący.