

Pieczęć podmiotu leczniczego

Data wystawienia zlecenia:

Tryb zlecenia

PILNY

ZAMÓWIENIE NA KREW DO PILNEGO PRZETOCZENIA
(wydać przed wykonaniem próby zgodności)
do Pracowni Konsultacyjnej RCKiK w Katowicach

Nazwisko i imię pacjenta

Numer PESEL Data urodzenia 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

Data ostatniego przetoczenia

PROSZĘ O WYDANIE

Pełna nazwa zamawianego składnika krwi

liczba jednostek lub opakowań

Specyficzne zalecenia.....
(składnik ubogoleukocytarny, napromieniowany)

Grupa krwi ABO i RhD (słownie)

Fenotyp KKCz (jeśli potrzeba)

.....
Data, oznaczenie oraz podpis lekarza zamawiającego

Składniki krwi wydane dla pacjenta:

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)