

WZÓR

Podmiot:.....
Jednostka lub komórka organizacyjna:.....

(pieczęćka jednostki lub komórkidnia
organizacyjnej składającej zamówienie) (miejscowość)

ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI

Nazwisko i imię pacjenta.....
Numer PESEL lub data urodzenia
Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej, numer księgi oddziałowej.....
lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....
Grupa krwi pacjenta
Przeciwciała odpornościowe.....
Rozpoznanie choroby
Wskazanie do transfuzji.....

PROSZĘ O WYDANIE**Liczba jednostek lub opakowań**

.....
(pełna nazwa zamawianego składnika)

Grupa krwi ABO**RhD (słownie)****Fenotyp krwinek czerwonych (jeśli potrzeba)**

.....

.....
(data, podpis i pieczęćka lekarza zamawiającego)

* Układ graficzny nieobowiązujący.