

## 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 księgi głównej ....., numer księgi 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 nicobowiązujący.