data wystawienia zlecenia……………………………………….

Podmiot leczniczy:

Oddział/Klinika:

(pieczątka)

Tryb wykonania badania\*: RUTYNOWY  PILNY

**Do Pracowni Badań Konsultacyjnych RCKiK w Łodzi**

**ZLECENIE NA\*:**

** BADANIE GRUPY KRWI**

** KONTROLĘ PRZECIWCIAŁ ODPORNOŚCIOWYCH**

**Nazwisko i imię pacjenta**……………………………………………………………………………………………………………………………

**Numer PESEL:**……………………,…………………., **data urodzenia**……………………........................ Płeć\* : **K  M **

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL - nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej…………………… lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID)……………….

Rozpoznanie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Poprzednie wyniki badań (grupa krwi, przeciwciała odpornościowe):……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rodzaj materiału do badań\*: krew żylna na skrzep/EDTA  krew tętnicza na skrzep/EDTA 

krew pępowinowa na skrzep/EDTA 

|  |  |
| --- | --- |
| data i godzina wystawienia zlecenia: | data i godzina pobrania próbki krwi: |
| Oznaczenie\*\* i podpis lekarza zlecającego badanie: | Oznaczenie\*\* i podpis osoby pobierającej próbkę oraz osoby/osób identyfikujących: |

Wypełnia pracownik PK

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *data i godzina przyjęcia próbki do badania (w PK)* | *czytelny podpis osoby przyjmującej próbki* | *numer badania* |
|  |  |  |