data wystawienia zamówienia…………………………………..…..

Podmiot leczniczy:

Oddział/Klinika:

(pieczątka)

 Tryb zlecenia: **PILNY**

 **Do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Łodzi**

 **ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI DO PILNEGO PRZETOCZENIA**

**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:…………………………………………………………………………………………………………

Grupa krwi:…………………………………………………………………………………………………………..

Przeciwciała odpornościowe: …………………………………………………………………………………..

Biorca\*: pierwszorazowy  wielokrotny  ciąże  Data ostatniego przetoczenia:……………………

PROSZĘ O WYDANIE

|  |  |
| --- | --- |
| (pełna nazwa zamawianego składnika) | Liczba jednostek lub opakowań……………………………………………………… |

Specyficzne zalecenia: …………………………………………………………………………………

(np. składnik napromieniowany, ubogoleukocytarny itp.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GRUPA KRWI ABO i RhD (słownie) | Fenotyp krwinek czerwonych (jeżeli potrzeba) | oznaczenie\*\* i podpis lekarza zamawiającego |
|  |  |  |

Wypełnia BANK KRWI

Składniki krwi zarezerwowane 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)