Podmiot leczniczy:

Oddział/Klinika:

(pieczątka)

data wystawienia zamówienia i miejscowość…………………………………..…..

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

**ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI**

**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)…………………………………

Grupa krwi pacjenta:……………………………………………………………………………………………

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

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

Wskazanie do 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) | data, oznaczenie\*\* i podpis lekarza zamawiającego |
|  |  |  |