

KSIAŻKA TRANSFUZYJNA

[illegible]

Nr historii choroby	Numery wyników grupy krwi biorcy*/Numer wyniku próby zgodności**	Nazwisko i imię lekarza zlecającego przetoczenie	Data i godzina rozpoczęcia przetaczania składnika krwi	Data i godzina zakończenia przetaczania składnika krwi	Nazwisko i imię osoby wykonującej przetoczenie	Przetoczona objętość	Ocena przebiegu przetoczenia (uwagi o możliwych niepożądanych reakcjach i zdarzeniach)	Oznaczenie*** lekarza odpowiedzialnego za przebieg przetoczenia oraz jego podpis
11	12	13	14	15	16	17	18	19

*W przypadku przetoczenia osocza, KKP i krioprecypitatu- nr badania wyniku grupy krwi biorcy, na podstawie której oceniono zgodność serologiczną z dawcą **W przypadku przetoczenia KKCz, KPK i KG- nr badania wyniku próby zgodności.;***Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska- czytelny podpis zawierający imię i nazwisko