

**WYDANIE KRWI LUB JEJ SKŁADNIKA DO PILNEGO PRZETOCZENIA****Bank Krwi  
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oławie**

Jednostka odbierająca ..... data.....

Imię i nazwisko biorcy .....

PESEL biorcy:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia

dzień	m-c	rok

Płeć:

K:	M:

Grupa krwi biorcy (potwierdzony wynik badania grupy krwi)

ABO:	RhD:

Jeśli brak potwierdzonego wyniku grupy krwi ABO i RhD pacjenta należy do przetoczenia wydać:

1. **KKCz** grupy O RhD, a w przypadku pacjentów z alloprzeciwciałami anty-D, dziewcząt i kobiet do okresu menopauzy O RhD ujemny, K ujemny.2. **OSOCZE** grupy AB.3. **KKP** grupy O zawieszony w osoczu grupy AB lub w odpowiednim roztworze grupy O zawieszony w osoczu grupy AB lub w odpowiednim roztworze wzbogacającym.

Dopuszcza się także przetoczenie KKP grupy AB, jeśli rekonstruowany KKP jest niedostępny.

-----  
W PRZYPADKU KKCZ - KREW WYDANO PRZED WYKONANIEM PRÓBY ZGODNOŚCI

Data i godzina wydania preparatu:

data	godzina

Rodzaj preparatu:

KKCz:	FFP:	KKP:

Grupa krwi:

ABO:	RhD:

Numer donacji:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

czytelny podpis osoby wydającej

czytelny podpis osoby odbierającej