

ZAMÓWIENIE NA KREW DO PILNEGO PRZETOCZENIA

komórka
organizacyjna

Data wystawienia zlecenia:
Tryb zlecenia **PILNY**

Do Banku Krwi Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oławie

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 książki głównej:

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny:

Rozpoznanie:

Grupa krwi:

Przeciwciała odpornościowe

Biorca: ☐ pierwszorazowy ☐ wielokrotny ☐ ciążę

Data ostatniego przetoczenia:

PROSZĘ O WYDANIE

(pełna nazwa zamawianego składniku)

(liczba jednostek lub opakowań)

Specyficzne zalecenia: składnik ubogoleukocytarny, napromieniowany, inne

Grupa krwi ABO RhD (słownie)

Fenotyp krwinek czerwonych (jeżeli potrzeba)

.....
podpis lekarza zamawiającego

.....
data i godzina pobrania próbki na próbkę zgodności w przypadku KKCZ

.....
podpis osoby pobierającej