

pieczęć jednostki organizacyjnej

Brodnica, dn.

WYNIK PRÓBY ZGODNOŚCI

Nazwisko, imię pacjenta

Data urodzenia numer PESEL Płeć ☐ K ☐ M

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku braku nr PESEL

Jeżeli pacjent NN, numer książki głównej numer książki oddziałowej

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....

Grupa krwi pacjenta Przeciwciała odpornościowe

Próbkę krwi pobrano, dnia o godzinie

Materiał do badania przyjęto, dnia o godzinie

Nr badania Data badania

Wynik próby zgodności ważny do: godzina.....
dzień - miesiąc - rok

Krew dawców pobrano do przetoczenia, dnia wynik próby zgodności

Przetaczanie rozpoczęto dnia o godzinie

.....
pieczęć, podpis pielęgniarki/położnej/lekarza
odpowiedzialnych za przetoczenie

Grupa krwi dawcy:	Numer donacji:	Wynik:	Data, godzina	Pieczęć, podpis
Grupa krwi dawcy:	Numer donacji:	Wynik:	Data, godzina	Pieczęć, podpis
Grupa krwi dawcy:	Numer donacji:	Wynik:	Data, godzina	Pieczęć, podpis

Badania wykonał/ ła:

Wynik autoryzował/ ła: