

pieczęć jednostki organizacyjnej

Brodnica, dn.

Do Banku Krwi

ZLECENIE NA KREW DO PILNEJ TRANSFUZJITryb wykonania badania **PILNY**

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 księgi głównej numer księgi oddziałowej

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny

Rozpoznanie

Grupa krwi pacjenta

Przeciwciała odpornościowe

Biorca: ☐ pierwszorazowy ☐ wielokrotny ☐ ciężce

Data ostatniego przetoczenia

Proszę o wydanie

pełna nazwa zamawianego składnika

Liczba jednostek lub opakowań

pieczęć i podpis lekarza

Składniki krwi zarezerwowane dla pacjenta przez Bank Krwi:

Grupa krwi i numer donacji

Grupa krwi i numer donacji

Grupa krwi i numer donacji

pieczęć, podpis osoby wydającej segmenty drenów