

Protokół zwrotu/reklamacji krwi lub jej składników

| | |
|---|--|
| Nazwa i adres banku krwi podmiotu leczniczego | |
| Nazwa składnika krwi | |
| Numer donacji | |
| Grupa krwi | |
| Ilość jedn./objętość [ml] | |
| Przyczyna reklamacji /jeśli dotyczy składnika wydanego w stanie zamrożenia proszę podać sposób rozmrażania/ | |
| Data i godzina pobrania składnika krwi z Centrum | |
| Data, godzina dokonania zwrotu do Centrum | |
| Imię, nazwisko, pieczętka i podpis kierownika banku krwi lub osoby przez niego upoważnionej | |
| Imię, nazwisko, pieczętka i podpis osoby dokonującej zwrotu | |
| Uwagi | |
| Imię, nazwisko, pieczętka i podpis osoby przyjmującej zwrot | |