

# ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI DO PILNEGO PRZETOCZENIA

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienie zlecenia: .....

Tryb zlecenia

**PILNY**

Do Banku Krwi .....

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 księgi głównej: .....

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny: .....

Rozpoznanie: .....

Grupa Krwi

potwierdzona

niepotwierdzona

Przeciwciała odpornościowe: .....

Biorca\*:  pierwszorazowy  wielokrotny  ciężce

Data ostatniego przetoczenia: .....

PROSZĘ O WYDANIE

(pełna nazwa zamawianego składnika)

(liczba jednostek lub opakowań)

Specyficzne zalecenia\*\*:

Grupa krwi ABO RhD (słownie)

Fenotyp krwinek czerwonych (jeśli potrzeba)

.....  
(data, oznaczenie\*\*\* oraz podpis lekarza zamawiającego)

WYPEŁNIA BANK KRWI

Składniki krwi wydane dla pacjenta przez bank krwi:

Grupa krwi i numer donacji: .....

Grupa krwi i numer donacji: .....

Grupa krwi i numer donacji: .....

Grupa krwi i numer donacji: .....

.....  
(podpis osoby wydającej segmenty drenów)

\*Właściwe zaznaczyć X.

\*\*Składnik Ubogoleukocytarny, napromieniowany itd.

\*\*\*Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska – czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.