



Tryb wykonania badania: 

STANDARDOWY	PILNY
-------------	-------

Do Banku Krwi z Pracownią  
Immunologii Transfuzjologicznej  
Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy

**ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI /  
PRZECIWCIAŁ ODPORNOŚCIOWYCH / BTA**

Nazwisko i imię pacjenta: \_\_\_\_\_  
Data urodzenia: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_ Płeć:  K  M  
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL): \_\_\_\_\_

Jeżeli pacjent NN - nr Ks. Gł.: \_\_\_\_\_,  
*lub* niepowtarzalny numer identyfikacyjny: \_\_\_\_\_

Rozpoznanie:

Poprzednie wyniki badań:

**Grupa krwi ABO:** \_\_\_\_\_ **RhD:** \_\_\_\_\_,

**Przeciwciała odpornościowe:** \_\_\_\_\_

Podmiot wykonujący: \_\_\_\_\_

<b>Data i godzina wystawienia zlecenia:</b> dz.....m.....20.....r. godz..... : .....
oznaczenie i podpis lekarza:

Rodzaj materiału do badania: **krew żylna na EDTA**

<b>Identyfikacji pacjenta dokonali:</b>	
oznaczenie i podpis osoby identyfikującej pacjenta i pobierającej krew:	oznaczenie i podpis <u>drugiej osoby identyfikującej pacjenta:</u>

**Data i godzina pobrania próbki krwi:** dz.....m.....20.....r. godz..... : .....

**Data i godz. przyjęcia materiału do badania w ZDL:** dz.....m.....20.....r. godz..... : .....

Numer badania: