WZÓR

KSIĄŻKA TRANSFUZYJNA

(w poziomym układzie strony)

Strona 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa składnika krwi | Numer donacji | Miejsce wytworzenia | Termin ważnościskładnika krwi | Data i godzina otrzymania składnika krwi | Dawca ABO RhD | Biorca ABO RhD | Nazwisko, imię biorcy | Numer PESEL biorcy lub data urodzenia, w przypadku braku nr PESEL, jeżeli pacjent NN - nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Strona 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer historii choroby | Numery wyników grupy krwi biorcy\*/Numer wyniku próby zgodności\*\* | Nazwisko i imię lekarzazlecającego przetoczenie | Data i godzina rozpoczęciaprzetaczania składnika krwi | Data i godzina zakończeniaprzetaczania składnika krwi | Nazwisko i imię osoby wykonującej przetoczenie | Przetoczona objętość | Ocena przebiegu przetoczenia (uwagi o możliwych niepożądanych reakcjach i zdarzeniach) | Oznaczenie\*\*\*lekarza odpowiedzialnego za przebieg przetoczenia oraz jego podpis |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |  19 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* W przypadku przetoczenia osocza, KKP i krioprecypitatu - numer badania wyniku grupy krwi biorcy, na podstawie której oceniono zgodność serologiczną z dawcą.

\*\* W przypadku przetoczenia KKCz, KPK i KG - numer badania wyniku próby zgodności.

\*\*\* 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.