Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia ..... (poz. .....)

Załącznik nr 1

*WZÓR**

KSIĄŻKA TRANSFUZYJNA

(w poziomym układzie strony)

Strona 1

Lp.	Nazwa składnika krwi	Numer donacji	Miejsce wytworzenia	Termin ważności składnika krwi	Data i godzina otrzymania składnika krwi	Dawca ABO RhD	Biorca ABO RhD	Nazwisko, imię i data urodzenia biorcy	Numer PESEL biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Strona 2

Numer historii choroby	Wynik próby zgodności**	Nazwisko i imię lekarza zlecającego przetoczenie	Data i godzina rozpoczęcia przetaczania składnika krwi	Data i godzina zakończenia przetaczania składnika krwi	Nazwisko i imię osoby wykonującej przetoczenie	Przetoczona objętość	Ocena przebiegu przetoczenia (uwagi o powikłaniach poprzetoczeniowych)	Czytelny podpis lekarza oceniającego przebieg przetoczenia
11	12	13	14	15	16	17	18	19

**Zgodna, niezgodna serologicznie – zgodna fenotypowo.

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 2

*WZÓR**

STANDARDOWA PROCEDURA OPERACYJNA (SOP)

Nazwa podmiotu leczniczego: ..... Nazwa jednostki lub komórki organizacyjnej:		
Standardowa Procedura Operacyjna numer	Wersja numer	
Tytuł procedury:		
Sporządził: ..... *(imię i nazwisko)*	Data sporządzenia	podpis
Zatwierdził kierownik podmiotu leczniczego: imię i nazwisko	Data zatwierdzenia	podpis
Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Zaakceptował:..... *(imię i nazwisko)*	Data zaakceptowania	podpis
Obowiązuje od dnia		Zastępuje SOP numer ....
Treść procedury		
Procedura numer ...	Wersja numer ...	Strona 1 z .....

Oświadczenie:
Oświadczam, że zapoznałem/łam się z powyższą procedurą i zobowiązuje się do jej stosowania.

Lp.	Nazwisko i imię osoby przeszkolonej	Data przeszkolenia	Podpis
1			
2			

Rozdzielnik

Lp.	Pracownia odbierająca procedurę	Data przekazania	Podpis osoby odbierającej	Data zwrócenia	Podpis osoby odbierającej
1					
2					

Weryfikacja

Lp.	Data weryfikacji	Pieczątka i podpis osoby dokonującej weryfikacji
1		
2		

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 3

*WZÓR**

KARTA IDENTYFIKACYJNA GRUPY KRWI

Strona 1

Karta identyfikacyjna grupy krwi Nazwa albo firma podmiotu leczniczego Imiona i nazwisko Data i miejsce urodzenia Imiona rodziców **Numer PESEL****

** W przypadku obcokrajowców numer dokumentu tożsamości i numer identyfikacyjny.
Zaleca się umieszczenie zdjęcia osoby, której karta grupy krwi dotyczy. W przypadku wystawiania kart bez zdjęcia, należy również zamieścić informację o tym, że karta jest ważna tylko łącznie z dokumentem tożsamości.

Strona 2

Nazwa pracowni serologii lub immunologii transfuzjologicznej	
Grupa krwi	
Uwagi	
Daty i numery badań	
X	**XX**

x – Numer wpisu z książki badań grup krwi/rok lub pełna data wpisu.
xx – Pieczątka i podpis osoby odpowiedzialnej za wpis.

***Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 4

*WZÓR**

Podmiot leczniczy: Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia:

Miejsce przesłania wyniku badania:

Tryb wykonania badania | NORMALNY | | PILNY |

Do Pracowni serologii lub immunologii transfuzjologicznej w .....

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię pacjenta

..... | K | | M |

Data urodzenia ..... numer PESEL ..... Płeć

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL .....

Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej ....., numer księgi oddziałowej..... lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....

Rozpoznanie

.....

Poprzednie wyniki badań *(grupa krwi, przeciwciała odpornościowe)*.....

.....

..

.....

(pieczątka i podpis lekarza kierującego)

Rodzaj materiału do badania: **krew na skrzep/EDTA**

Data i godzina pobrania próbki krwi

.....

(czytelny podpis osoby pobierającej)

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania

* **Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 5

WZÓR

Podmiot:.....
Jednostka lub komórka organizacyjna:.....

(pieczątka jednostki lub komórki organizacyjnej składającej zamówienie)

.....dnia .....
(miejscowość)

ZAMÓWIENIE INDYWIDUALNE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI

Nazwisko i imię pacjenta.....
Numer PESEL lub data urodzenia .....
Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej ....., numer księgi oddziałowej.....
lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....
Grupa krwi pacjenta .....

Przeciwciała odpornościowe.....
Rozpoznanie choroby .....
Wskazanie do transfuzji.....

PROSZĘ O WYDANIE

Liczba jednostek lub opakowań

.....
(pełna nazwa zamawianego składnika)

Grupa krwi ABO

RhD *(słownie)*

Fenotyp krwinek czerwonych *(jeśli potrzeba)*

.....

.....
(data, podpis i pieczątka lekarza zamawiającego)

* **Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 6

*WZÓR**

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia .....

Tryb wykonania badania | NORMALNY | PILNY |

Do Pracowni serologii lub immunologii transfuzjologicznej w .....

ZLECENIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia ..... numer PESEL ..... Płeć | K | M |

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL .....
Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej ....., numer księgi oddziałowej .....
lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny .....

Rozpoznanie .....
Grupa krwi .....
Przeciwciała odpornościowe .....
Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciąże (*właściwe podkreślić*)
Data ostatniego przetoczenia .....

.....
(pieczątka i podpis lekarza kierującego)

Rodzaj materiału do badania: krew na EDTA/krew na skrzep (*właściwe podkreślić*)
Data i godzina pobrania próbki krwi .....

.....
(czytelny podpis osoby pobierającej)

Składniki krwi zarezerwowane 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)

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 7

*WZÓR**

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka organizacyjna:

Data wystawienia zlecenia:

Tryb zlecenia **PILNY**

Do Banku Krwi .....

ZLECENIE NA KREW DO PILNEJ TRANSFUZJI

(wydać przed wykonaniem próby zgodności)

Nazwisko i imię pacjenta .....

Data urodzenia ..... numer PESEL ..... Płeć **K** **M**

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL .....
Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej ....., numer księgi oddziałowej .....
lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny.....

Rozpoznanie .....

Grupa krwi .....

Przeciwciała odpornościowe .....

Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciąże (*właściwe podkreślić*)

Data ostatniego przetoczenia .....

PROSZĘ O WYDANIE **Liczba jednostek lub opakowań**

.....
(pełna nazwa zamawianego składnika)

.....
(pieczątka i podpis lekarza)

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)

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 8

*WZÓR**

WYNIK PRÓBY ZGODNOŚCI

Wynik próby zgodności ważny do:

.....
(dzień/miesiąc/rok/godzina)

Jednostka lub komórka organizacyjna zlecająca badanie/odbierająca wynik:

Data i godzina przyjęcia materiału do badań ..... Numer badania ..... Data badania	Próbka krwi pobrana ..... *(dzień/miesiąc/rok/godzina)*
Nazwisko i imię pacjenta ..... Płeć: **K** **M** Numer PESEL..... Data urodzenia (jeżeli pacjent nie posiada numeru PESEL)..... Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL ..... Jeżeli pacjent NN: numer księgi głównej ....., numer księgi oddziałowej ..... lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny	
Grupa krwi pacjenta:.....	
Przeciwciała odpornościowe:.....	
UWAGI:	
Krew dawców dobierana do przetoczenia i wynik próby zgodności:	Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia/ Czytelne podpisy lekarza, pielęgniarki (położnej) odpowiedzialnych za przetoczenie
Grupa krwi dawcy..... Numer donacji ..... Wynik:	..... Data, godzina, podpis
Grupa krwi dawcy..... Numer donacji ..... Wynik:	..... Data, godzina, podpis
Grupa krwi dawcy..... Numer donacji ..... Wynik:	..... Data, godzina, podpis
Badania wykonał: ..... *(czytelny podpis)* Wynik autoryzował: ..... *(czytelny podpis i pieczątka)*	

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 9

WZÓR

Nazwa albo firma i adres oraz pieczątka podmiotu leczniczego zgłaszającego powikłanie
.....

ZGŁOSZENIE POWIKŁANIA POPRZETOCZENIOWEGO

do ..... Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w .....

Transfuzja	gdzie	sala operacyjna OIOM oddział ..... ambulatorium inne.....
	kiedy	w godzinach pracy regulaminowej dyżur sobota i święto *(dzień wolny od pracy)*

Nazwisko i imię pacjenta:	Płeć: K/M data urodzenia/numer PESEL ..... numer historii choroby .....
Rozpoznanie ..... Hb ..... *(przed przetoczeniem)* ..... *(po przetoczeniu)* ..... Liczba płytek *(przed przetoczeniem)* .... *(po przetoczeniu)*	Grupa krwi pacjenta ..... przeciwciała .....
Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia / / : :	Grupa krwi ..... przetoczona objętość ..... ml numer donacji *(składnika krwi)* ..... data pobrania ..... data ważności ..... czas wystąpienia powikłania: podczas transfuzji ..... min ..... godzina po zakończeniu transfuzji ..... min ..... godzin ..... dni
Przetaczane składniki KPK KKCz KKP FFP KG inne	Preparatyka z krwi pełnej afereza ubogoleukocytarne napromieniowane inne

Próba zgodności serologicznej wykonana w .....
Wynik .....

Objawy kliniczne/Biologiczne oznaki powikłania

	przed	po			
ciepłota	.....	.....	niepokój	bóle w okolicy	Wyniki:
RR	.....	.....	dreszcze	lędźwiowej	bilirubina
tętno	.....	.....	świąd	bóle w okolicy	.....
niewydolność krążenia	.....	.....	wysypka	klatki piersiowej	LDH .....
hemoglobinuria	.....	.....	zaczerwienienie	bóle brzucha	/Haptoglobina
			mdłości/wymioty	duszność	.....
inne	.....	.....	niewydolność nerek	wstrząs	Gazometria:
			żółtaczka	utrata	pO_2 .....
			inne	świadomości	pCO_2 .....
					Płuca:
					osłuchowo
					.....
					.....
					RTG klatki piersiowej
					.....

Zastosowane leczenie: tlenoterapia intubacja	
Nasilenie powikłania 0. brak 1. natychmiastowe, niezagrażające życiu 2. natychmiastowe, zagrażające życiu 3. długotrwała choroba 4. zgon	Inne ważne informacje kliniczne stan pacjenta przed transfuzją: ciężki dość dobry operacja: tak kiedy ..... nie inne .....
Przetoczono nieprawidłowy składnik TAK NIE Gdzie wystąpił błąd .... *(np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik)*	
Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi TAK NIE Podać nazwę i ilość składnika krwi oraz datę ostatniego przetoczenia	
Czy podczas poprzednich transfuzji obserwowano niepożądane reakcje TAK NIE	
W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczonej krwi lub jej składnika, numer donacji *(składnika krwi)* ....., zestaw do przetaczania, próbkę krwi pacjenta, z której wykonano badania serologiczne przed przetoczeniem, próbki pobrane po przetoczeniu w ilości 5 ml na skrzep i 5 ml na antykoagulant oraz próbki krwi dawców z pracowni serologicznej. Próbki do badań bakteriologicznych przesłano do	
..... *(pieczątka i podpis lekarza zgłaszającego powikłanie)*	..... *(pieczątka i podpis lekarza odpowiedzialnego za transfuzję)*

WYPEŁNIA CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA

Nazwa Centrum: .....

Ocena związku z transfuzją	0. wykluczony 1. wątpliwy 2. możliwy 3. pewny, udowodniony

Wnioski lub stwierdzone zespoły	hemoliza – niezgodność w ABO hemoliza – obecność odpornościowych przeciwciał poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa alergia wstrząs anafilaktyczny TRALI duszność poprzetoczeniowa (TAD) zakażenie: ○ bakteryjne szczep ..... ○ HIV ○ HBV ○ HCV ○ CMV inny czynnik: uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał ○ krwinek czerwonych..... ○ HLA..... ○ HPA..... ○ granulocytów..... ○ IgA inne ○ niehemolityczny odczyn gorączkowy ○ choroba potransfuzyjna przeszczep przeciwko biorcy ○ obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia) ○ hemosyderoza
Data wypełnienia:	Wypełnił: ..... *(czytelny podpis)*

Załącznik nr 10

*WZÓR**

Podmiot zamawiający:
.....
(pieczęć podmiotu leczniczego lub banku krwi)

Data wystawienia zamówienia:

ZAMÓWIENIE ZBIORCZE NA KREW LUB JEJ SKŁADNIKI

numer .....

Lp.	Rodzaj składnika	Grupa krwi	Liczba jednostek lub opakowań
1.			
2.			
3.			
4.			

Czytelny podpis osoby zamawiającej: .....

* **Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 11

*WZÓR**

KSIĄŻKA BADAŃ GRUP KRWI

(w poziomym układzie strony)

Strona 1

Numer badania	Data badania	Data i godzina pobrania próbki	Podmiot leczniczy Oddział/odbiorca	Imię, nazwisko, data urodzenia lub numer PESEL biorcy; w przypadku braku danych pacjenta, symbol „NN" wraz z numerem księgi głównej i numerem księgi oddziałowej, jeżeli jest nadany, lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny	Wynik badania			UWAGI
					Grupa krwi		Nieregularne przeciwciała	
					ABO	RhD		

Strona 2

Układ ABO							RhD		Badanie przeglądowe przeciwciał						Autokontrola *(jeżeli potrzeba)*	jeżeli potrzeba	Reakcje ze Standardem anty-D	Badanie wykonał *(czytelny podpis)*	Wynik autoryzował *(czytelny podpis)*
monoklonalne anty-				Krwinki			monoklonalne anty-		PTA			Kontrola wyników ujemnych w PTA							
A	A	B	B	O	A 1	B	D	D											
1	2	1	2				1	2	I	II	II I	I	II	II I	PTA	BTA			

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 12

*WZÓR**

KSIĄŻKA PRÓB ZGODNOŚCI

(w poziomym układzie strony)

Strona 1

Numer badania	Data badania	Data i godzina pobrania próbki	Oddział	Imię, nazwisko, data urodzenia lub numer PESEL biorcy; w przypadku braku danych pacjenta, symbol „NN" wraz z numerem księgi głównej i numerem księgi oddziałowej, jeżeli jest nadany, lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny	Grupa krwi ABO i RhD na zleceniu				Numer donacji	Kontrola antygenów ABO i RhD					
					Biorcy		Dawcy			biorcy			dawcy		
										anty-			anty-		
					AB O	RhD	AB O	RhD		A	B	D	A	B	D

Strona 2

Kontrola antygenów u dawcy				Badanie przeglądowe przeciwciał						Surowica biorcy i krwinki dawcy		Autokontrola *(jeżeli potrzeba)*	jeżeli potrzeba	Wynik *(pilna próba zgodności – dokładne określenie daty i godziny zakończenia badania)*	Reakcje ze Standardem anty-D	**UWAGI**	Badanie wykonał *(czytelny podpis)*	Wynik autoryzował *(czytelny podpis)*
				PTA			Kontrola wyników ujemnych w PTA											
Anty-																		
				I	II	II I	I	II	II I	PTA	Kontrola ujemnych PTA	PTA	BTA					

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 13

*WZÓR**

ZLECENIE NA KONSULTACYJNE BADANIE IMMUNOHEMATOLOGICZNE

<table>
<tr><td colspan="6">DO PRACOWNI KONSULTACYJNEJ IMMUNOLOGII KRWINEK CZERWONYCH CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA w.....</td></tr>
<tr><td>Data wystawienia zlecenia</td><td colspan="4">Dane jednostki kierującej i adres przesłania wyniku badania</td><td>Tryb badania</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">Data i godzina przyjęcia próbki do badań .....
Numer badania.....</td><td>NORMALNY
PILNY</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nazwisko i imię pacjenta</td><td>Data urodzenia</td><td>Numer PESEL</td><td>Płeć
K
M</td><td>W przypadku braku danych pacjenta, symbol „NN” wraz z numerem księgi głównej i numerem księgi oddziałowej, jeżeli jest nadany, lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny .....</td></tr>
<tr><td>Lekarz kierujący
.....
.....
(pieczątka i podpis)</td><td>Rodzaj materiału badanego:

□ próbka krwi na EDTA
□ próbka krwi na skrzep</td><td colspan="2">Data i godzina pobrania próbki

.....</td><td>Osoba pobierająca próbkę do badania (czytelny podpis)

.....</td><td>Data i godzina przyjęcia próbki do badania

.....</td></tr>
<tr><td>Rodzaj badania</td><td colspan="5">□ Diagnostyka NAIH: (BTA, przeciwciała do krwinek czerwonych, ewentualnie hemolizyny)
□ Badania u biorcy przed przeszczepieniem KK i u dawcy (BTA, przeciwciała, fenotyp, miano anty-A/B)
□ Badania u biorcy po przeszczepieniu KK
□ Identyfikacja alloprzeciwciał
□ Analiza serologiczna hemolitycznego powikłania poprzetoczeniowego
□ Określenie grupy krwi
□ Badania w kierunku konfliktu matczyno-płodowego
□ Badania w kierunku choroby hemolitycznej noworodka</td></tr>
<tr><td colspan="6">Rozpoznanie jednostki chorobowej.....</td></tr>
<tr><td>Wyniki</td><td colspan="5">□ RBCs ..... □ Hb ..... □ Ht ..... □ Retykulocyty .....</td></tr>
</table>

Załącznik nr 14

WZÓR

Data wystawienia zlecenia .....

Podmiot leczniczy Jednostka lub komórka organizacyjna

Data i godzina przyjęcia próbki do badania
.....

Numer badania .....

Tryb wykonania badania

NORMALNY	PILNY

Do Pracowni serologii lub immunologii transfuzjologicznej w
.....

ZLECENIE NA WYKONANIE BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH KWALIFIKUJĄCYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-D

Nazwisko i imię ciężarnej/matki .....

Data urodzenia ..... numer PESEL .....

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, jeżeli kobieta nie posiada numeru PESEL
.....

Jeżeli kobieta NN: nr księgi głównej ....., numer księgi oddziałowej .....

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny .....

Noworodek: syn/córka

Data urodzenia *(dzień oraz godzina i minuta w systemie 24-godzinnym, a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się)* .....

.....
(czytelny podpis i pieczątka lekarza kierującego)

Próbka krwi matki pobrana dnia ..... godzina ..... przez
.....
(imię i nazwisko osoby pobierającej)

Próbka krwi pępowinowej pobrana dnia ..... godzina ..... przez
.....
(imię i nazwisko osoby pobierającej)

Załącznik nr 15

*WZÓR**

Nazwa jednostki wykonującej badanie:

Nazwa jednostki lub komórki kierującej na badanie:

WYNIK BADAŃ IMMUNOHEMATOLOGICZNYCH KWALIFIKUJĄCYCH DO PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-D

Data pobrania próbki:

Data i godzina przyjęcia materiału do badań:

Numer badania:

Data badania:

Nazwisko i imię matki ..... Numer PESEL ..... Data urodzenia *(jeżeli kobieta nie posiada numeru PESEL)* ..... Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość kobiety nieposiadającej numeru PESEL ..... Symbol „NN" wraz z numerem księgi głównej i numerem księgi oddziałowej, jeżeli jest nadany, lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny ..... Grupa krwi ABO i RhD ..... Przeciwciała anty-D .....
Noworodek: syn/córka Data urodzenia *(dzień oraz godzina i minuta w systemie 24-godzinnym, a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się)* ..... Grupa krwi ABO i RhD .....
Badanie wykonał: *(czytelny podpis)* — Wynik autoryzował: *(czytelny podpis)*
Kwalifikacja do podania immunoglobuliny anty-D: TAK/NIE

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**

laboratoryjne	□ Haptoglobina ..... □ Bilirubina	
Potencjalne przyczyny alloimmunizacji	□ ciąże □ wielokrotny biorca krwi data ostatniego przetoczenia	□ grupa krwi biorcy przed przeszczepieniem..... □ grupa krwi dawcy przeszczepu ..... □ data przeszczepienia .....

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**

Załącznik nr 16

*WZÓR**

Nazwa jednostki wykonującej badanie:

Nazwa jednostki kierującej na badanie:

WYNIK BADANIA GRUPY KRWI

Data pobrania próbki:
Data i godzina przyjęcia materiału do badań:
Numer badania:
Data badania:

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię ..... Płeć: **K** **M**

Numer PESEL .....

Data urodzenia (jeżeli pacjent nie posiada numeru PESEL) .....

Nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość w przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL .....

W przypadku braku danych pacjenta, symbol „NN" wraz z numerem księgi głównej i numerem księgi oddziałowej, jeżeli jest nadany, lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny .....

Grupa krwi:

Przeciwciała odpornościowe:

UWAGI:

Badanie wykonał: *(czytelny podpis)*	Wynik autoryzował: *(czytelny podpis)*

*** Układ graficzny nieobowiązujący.**