

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 biorecy; 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 anti-D	Badanie wykonął (czytelny podpis)	Wynik autoryzował (czytelny podpis)		
monoklonalne anty-		Krwinki		monoklonalne anty-		PTA										
A	A	B	B	D	D	I	II	II I	I						II	II I
1	2	1	2	O	A ₁	B	1	2	I	II	II I	PTA	BTA			

* Układ graficzny nieobowiązujący.