

WZÓR

WYNIK BADANIA GRUPY KRWI

Nazwa jednostki wykonującej badanie	Wynik badania grupy krwi		Data i godzina pobrania próbki:
	nr		
	<input type="checkbox"/> potwierdzony*	<input type="checkbox"/> niepotwierdzony*	Data i godzina przyjęcia próbki do badań:
	Data badania:		Nazwa jednostki kierującej na badanie
Badanie poprzednie	nr		
	data		
Dane pacjenta			
Nazwisko i imię:			
Numer PESEL**:			
Data urodzenia:		Płeć*: <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/> KOBIETA	
Jeżeli pacjent NN – nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID):			
Grupa krwi pacjenta:			
Przeciwciała odpornościowe:			
Uwagi:			
Badanie wykonano metodą***			
Wykonał****		Autoryzował****	
		Data i godzina wydruku:	

* Właściwie zaznaczyć X.

** W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

*** Propozycje zapisu:

Badanie wykonano metoda:

- automatyczną (producent analizatora) ABO i RhD PTA
- półautomatyczną (producent analizatora) ABO RhD PTA
- manualna:
 - szkiełkowa: ABO RhD
 - probówkowa: ABO RhD PTA
 - mikrokolunnową: ABO i RhD PTA

**** Oznaczenie osoby 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.