

Pieczętka Jednostki Zlecającej

Data.....

SKIEROWANIE NA BADANIE PRZECIWCIAŁ LIMFOCYTOTOKSYCZNYCH / DOBÓR KKP*
DO PRACOWNI KRWIWEK BIAŁYCH I PŁYTKOWYCH REGIONALNEGO CENTRUM
KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W WARSZAWIE

	Płeć M K
--	---------------------------

Imię i nazwisko pacjenta

--	--	--

Data urodzenia

Numer PESEL

oddział szpitalny

Grupa krwi pacjenta.....

Grupa krwi preparatu zamawianego.....

**Uwagi:(Sugerowana ilość dobranych preparatów, forma przechowania-świeży, zamrożony, inne).....

Wywiad transfuzjologiczny (ciężce-daty, przetoczenia krwi-daty, przeszczep-data).....

*Niepotrzebne skreślić

**dotyczy doboru KKP

***Zleceniodawca oświadcza, że zlecane usługi medyczne służą profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

Podpis i pieczętka lekarza/osoby kierującej

Data i godzina pobrania próbki
Imię i nazwisko osoby pobierającej
Rodzaj materiału:

Wypełnia RCKiK
Data i godzina przyjęcia próbki, podpis
Nr Bad. LCT/doboru: