ZLECENIE WYKONANIA ANALIZ LABORATORYJNYCH DLA PODMIOTÓW ZEWNĘTRZNYCH
PRACOWNIA IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ

DOK-0142-5/2021 ed. 4

UNIWERSYTECKI SZPITAL DZIECIĘCY W KRAKOWIE
30-663 Kraków, ul. Wielicka 265
tel.: 12-658-20-11

DZIAŁ USŁUG ODPŁATNYCH
tel.: 12-333-94-36, 12-333-94-35, 12-333-94-34; fax: 12-657-37-12

Pieczęć Zleceniodawcy:

TU NAKLEJ KOD ZLECENIA

TU NAKLEJ KOD ODDZIAŁU

Lekarz kierujący:

Płeć:
M ☐
K ☐

Nazwisko

Imię

Pesel

D D M M R R R R
Data urodzenia

Rodzaj materiału:

Data i godzina pobrania:
DD.MM.RRRR. GG:GG

Nazwa i numer dokumentu tożsamości (w przypadku braku nr Pesel)

Tryb wykonywania:

Czytelny podpis osoby pobierającej:

Adres

Telefon

Istotne dane kliniczne

- ☐ 2009 Badanie wykonywane u matki do 4 miesiąca życia dziecka
- ☐ 2006 Bezpośredni Test Antyglobulinowy
- ☐ 2011 Pośredni Test Antyglobulinowy
- ☐ 2012 Fenotyp Rh + antygen Kell
- ☐ 2005 Grupa krwi (u dzieci do 4 miesiąca życia dziecka)
- ☐ 2002 Grupa krwi (cel leczniczy) *****
- ☐ 2010 Próby zgodności z przeglądowym badaniem przeciwciał

** Podstawą otrzymania wyniku potwierdzonej grupy krwi są dwa oznaczenia wykonane z dwóch próbek krwi pobranych od tego samego pacjenta w różnym czasie*

PRZYJĘCIE MATERIAŁU DO LABORATORIUM (wypełnia osoba przyjmująca materiał)		
Data i godzina przyjęcia materiału: DD.MM.RRRR. GG:GG	*Czytelny podpis osoby odbierającej materiał:*	*Uwagi:*