

WYNIK PRÓBY ZGODNOŚCI

Wynik próby zgodności ważny do:

Jednostka lub komórka organizacyjna zlecająca
badanie/odbierająca wynik:

.....
(dzień/miesiąc/rok/godzina)

Data i godzina przyjęcia materiału do badań Numer badania Data badania	Próbką 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 pieczętka)

* Układ graficzny nieobowiązujący.