

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Opolu		
Nr wersji: 01	SOP-DL/DL/S-PZ-01	Strona załącznika 1 z 1
Załącznik nr: 2	Wersja zał. nr: 01	Data: 27.11.2025

Zlecenie na wykonanie badania grupy krwi

Data wystawienia zlecenia:

Podmiot leczniczy:

Jednostka lub komórka
organizacyjna:

T ryb wykonania badania* ☐ **NORMALNY** ☐ **PILNY**

Do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej w

.....

ZLECENIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię pacjenta.....

Nr PESEL:, data urodzenia Płeć* ☐ **K** ☐ **M**

W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

Jeżeli pacjent NN – numer księgi głównej:

lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny:

Rozpoznanie:

Poprzednie wyniki badań

(grupa krwi, przeciwciała odpornościowe):

.....

Rodzaj materiału do badania*: ☐ Krew żylna na skrzep/EDTA

☐ Krew tętnicza na skrzep/EDTA ☐ Krew pępowinowa na skrzep/EDTA

Data i godzina wystawienia zlecenia:	Data i godzina pobrania próbki krwi:
Oznaczenie** i podpis lekarza:	Oznaczenie** i podpis osoby pobierającej próbkę oraz osoby/osób identyfikujących:

Data i godzina przyjęcia próbki do badania

Numer badania

*Właściwe zaznaczyć X

** Oznaczenie 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