*Numer zlecenia w Księdze Laboratoryjnej* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jednostka zlecająca Jednostka wykonująca

|  |
| --- |
| **Publiczny Bank Komórek Macierzystych**  (Dział Biobankingu i Badań Naukowych)  Regionalne Centrum Naukowo-Technologiczne Podzamcze 45, 26-060 Chęciny tel. (41) 343-40-50 |



|  |
| --- |
|  |

**ZLECENIE NA BADANIA GRUP KRWI W UKŁADZIE ABO i RhD**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer zestawu KIT** | **Numer Oświadczenia** | | **Płeć dziecka** | **Data i godzina pobrania** | | **Osoba pobierająca** |
|  |  | |  |  | |  |
| **Data zlecenia**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Podpis osoby zlecającej badanie**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **Data odbioru**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Podpis osoby odbierającej (MLD RCNT)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **Data i godzina przyjęcia**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Podpis osoby przyjmującej (RCKiK)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

**Uwagi**

Materiał zawiera antykoagulant: CPD / CPD + HES\*

\*niewłaściwe skreślić

**Copyright © 2014-2018, RCNT Wszelkie Prawa Zastrzeżone SOP/IN-PT-03-02 ver.1.05 Strona 1z1 2018-02-28**

**3T-02 Skierowanie na oznaczenie grupy krwi**

*Numer zlecenia w Księdze Laboratoryjnej* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jednostka zlecająca Jednostka wykonująca

|  |
| --- |
| **Publiczny Bank Komórek Macierzystych**  (Dział Biobankingu i Badań Naukowych)  Regionalne Centrum Naukowo-Technologiczne Podzamcze 45, 26-060 Chęciny tel. (41) 343-40-50 |



|  |
| --- |
|  |

**ZLECENIE NA BADANIA GRUP KRWI W UKŁADZIE ABO i RhD**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer zestawu KIT** | **Numer Oświadczenia** | | **Płeć dziecka** | **Data i godzina pobrania** | | **Osoba pobierająca** |
|  |  | |  |  | |  |
| **Data zlecenia**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Podpis osoby zlecającej badanie**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **Data odbioru**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Podpis osoby odbierającej (MLD RCNT)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **Data i godzina przyjęcia**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Podpis osoby przyjmującej (RCKiK)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

**Uwagi**

Materiał zawiera antykoagulant: CPD / CPD + HES\*

\*niewłaściwe skreślić