

Szpital..... dnia.....

Oddział.....

(pieczęć oddziału składającego zapotrzebowanie)

ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI

Nazwisko i imię chorego

PESEL lub data urodzenia

Grupa krwi chorego

Przeciwciała odpornościowe

Rozpoznanie choroby

Wskazanie do transfuzji

Nr książki głównej Nr książki oddziału

PROSZĘ O WYDANIE

Liczba jednostek

lub opakowań

.....
(pełna nazwa zamawianego składnika)

Grupa krwi ABO

Rh (słownie)

FENOTYP

.....

.....

.....
data, podpis i pieczęć lekarza zamawiającego