

Szpital  
Oddział  
(pieczętka)

Data

Do  
Pracowni serologii transfuzjologicznej  
w .....

## **SKIEROWANIE NA KREW DO PILNEJ TRANSFUZJI**

Proszę o wydanie krwi do pilnej transfuzji, przed wykonaniem próby zgodności

dla pacjenta.....

data urodzenia lub PESEL.....

grupa krwi pacjenta.....

przeciwciała odpornościowe.....

Oddział/Klinika.....

.....  
(czytelny podpis osoby pobierającej krew)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)