**Załącznik nr 2**

**Załącznik nr 7**

*WZÓR*

**WYNIK BADANIA GRUPY KRWI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nazwa jednostki wykonującej badanie* | **Wynik Badania Grupy Krwi**  **Nr** | | | | | *Data i godzina pobrania próbki* |
| potwierdzony\* | | | niepotwierdzony\* | | *Data i godzina przyjęcia próbki do badań* |
| Data badania | | | | | *Nazwa jednostki kierującej na badanie* |
| Badanie poprzednie | nr |  | | |
| data |  | | |
| *Dane pacjenta*  Nazwisko i imię ………………………………………………………………………………………………… | | | | | | |
| Numer PESEL\*\*………………………………………………….…  Data urodzenia………………………………………………………  **Płeć\***  MĘŻCZYZNA KOBIETA  Jeśli pacjent NN: nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny (ID)………………………………………………………… | | | | | | |
| Grupa krwi pacjenta | | | | | | |
| Przeciwciała odpornościowe | | | | | | |
| Uwagi | | | | | | |
| Badanie wykonano metodą\*\*\* | | | | | | |
| Wykonał\*\*\*\* | | | | | Autoryzował\*\*\*\*  *Data i godzina wydruku………………………* | |

\* Właściwe zaznaczyć **X**

\*\* W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

\*\*\* Propozycje zapisu:

Badanie wykonano metodą:

- automatyczną (producent analizatora)………… ABO i RhD PTA - półautomatyczną (producent analizatora)……… ABO RhD PTA

- manualną: • szkiełkową: ABO RhD

• probówkową: ABO RhD PTA

• mikrokolumnową: ABO i RhD PTA

\*\*\*\* Oznaczenie osoby 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