**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 KOBIETAJeśli 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