

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)