

WZÓR

KSIĄŻKA PRÓB ZGODNOŚCI

Strona 1

Data badania	Numer badania	Data i godzina pobrania próbki	Oddział	Nazwisko i imię	Grupa krwi ABO i RhD na skierowaniu				Numer donacji	Kontrola antygenów ABO i RhD									
				PESEL/data urodzenia	biorcy		dawcy			biorcy			dawcy						
				Jeżeli pacjent NN – numer identyfikacyjny (ID) lub numer książki głównej	ABO	RhD	ABO	RhD		-A	-B	-D	-A	-B	-D				

Strona 2

Kontrola antygenów u dawcy	Badanie przeglądowe przeciwciał									Surowica biorcy + krwinki dawcy	(jeżeli wykonywano)	(jeżeli wykonywano)	Wynik (pilna próba zgodności – dokładne określenie daty i godziny zakończenia badania)	Uwagi	Badanie wykonane*	Wynik autoryzował*
	PTA			Kontrola ujemnych wyników w PTA, jeżeli techniką probówkową												
	Krwinki wzorcowe															

* 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.