

303_____

(печатка закладу)

Дата_____

До лабораторії

(вказати назву)

**НАПРАВЛЕННЯ
ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПІДБОРУ/
ПРОБ СУМІСНОСТІ КРОВІ**

Відділення _____

Пацієнт:

1. Прізвище та ім'я _____

2. Дата народження або ідентифікаційний код _____

3. Діагноз _____

4. Група крові (за системами АВ0 і Резус) _____

5. Імунні антитіла _____

6. Реципієнт: першоразовий, багаторазовий; вагітності _____

(потрібне підкреслити)

7. Дата останнього переливання _____

8. Підпис та печатка лікаря, відповідального за переливання продуктів
крові _____

9. Дата і час взяття зразка крові

« _____ » _____ 20 ____ р. _____

(Прізвище І. П., підпис особи, яка бере кров)

10. Компоненти крові, що видаються банком крові

Група крові / Номери контейнерів _____

Підпис працівника банку крові _____