

WZÓR*
KSIĄŻKA PRÓB ZGODNOŚCI
(w poziomym układzie strony)

Strona 1

Numer badania	Data badania	Data i godzina pobrania próbki	Oddział	Imię, nazwisko, data urodzenia lub numer PESEL biorcy; w przypadku braku danych pacjenta, symbol „NN” wraz z numerem księgi głównej i numerem księgi oddziałowej, jeżeli jest nadany, lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny	Grupa krwi ABO i RhD na zleceniu				Numer donacji	Kontrola antygenów ABO i RhD											
					Biorcy		Dawcy			biorcy			dawcy								
					AB	RhD	AB	RhD		anty-			anty-								
					O		O			A	B	D	A	B	D						

Strona 2

Kontrola antygenów u dawcy	Badanie przeglądowe przeciwciał						Surowica biorcy i krwinki dawcy	Autokontrola (jeżeli potrzeba)	jeżeli potrzeba	Wynik (pilna próba zgodności – dokładne określenie daty i godziny zakończenia badania)	Reakcje ze Standardem anty-D	UWAGI	Badanie wykonał (czytelny podpis)	Wynik autoryzował (czytelny podpis)
	PTA			Kontrola wyników ujennych w PTA										
Anty-							PTA	Kontrola ujennych PTA	PTA	BTA				

* Układ graficzny nieobowiązujący.