

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я		
(найменування та місцезнаходження закладу, в якому заповнюється форма)		

НАПРАВЛЕННЯ № _____
на проведення індивідуального підбору еритроцитарних компонентів
донорської крові
в пробі Кумбса гелевим методом
 « _____ » _____ 20__ р.
 (дата направлення взяття біоматеріалу)

Прізвище, ім'я, по батькові пацієнта _____
 Рік народження _____
 Група крові за системою АВ0 та резус належності _____
 Інформація про наявність еритроцитарних антитіл,
 метод визначення _____
 Діагноз: _____
 Трансфузійний/акушерський анамнез _____
 Дата останньої трансфузії, інформація про ускладнення _____
 Інше _____
 Інформація про лікуючого лікаря (П.І.Б., тел.) _____

Дата та час забору _____ Сестра медична _____
(підпис) (П.І.Б.)

Відмітка про отримання зразка: _____
 Лаборант _____
(підпис) (П.І.Б.)