

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach		
Nr wersji: 01	SOP-DIT-PK-PR-01	Strona 1 z 2
Załącznik nr: 6	Wersja zał. nr: 02	Data: 03.09.2025

Osoba badana:

.....
Nazwisko (DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
Imię (DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
Nazwisko rodowe (jeśli inne niż powyżej)

Data i godz. rejestracji w PK:

Numer badania:

PESEL:

Data urodzenia:

ZLECENIE NA BADANIA DO PRACOWNI KONSULTACYJNEJ RCKiK W KATOWICACH DLA PACJENTÓW AMBULATORYJNYCH

Wypełnia osoba badana, a w przypadku osoby małoletniej rodzic / opiekun prawny

Zlecone badania:

- ☐ Badanie konsultacyjne (przeciwciała)
- ☐ Grupa krwi

Dyspozycja odbioru wyniku:

- ☐ Odbiór w RCKiK
- ☐ Odbiór w TO

Informacje ogólne:	
Przetoczenia składników krwi	☐ NIE ☐ TAK kiedy?
Ciąże w wywiadzie	☐ NIE ☐ TAK
Leki przyjmowane na stałe	☐ NIE ☐ TAK jakie?
Informacje dodatkowe dotyczące kobiet w ciąży:	
Ciąża bieżąca	Która ciąża? Który poród? Tydzień ciąży
Śródciażowe podanie Immunoglobuliny anti-RhD	☐ NIE ☐ TAK kiedy? Wynik badania przeciwciał z ostatnich 14 dni przed podaniem w załączeniu? ☐ TAK ☐ NIE
Wynik badania przeciwciał z ostatnich 14 dni przed podaniem dostępny?	☐ NIE ☐ TAK kiedy?
Poronienia	☐ NIE ☐ TAK kiedy?
Konflikt serologiczny w poprzednich ciążach	☐ NIE ☐ TAK kiedy?
Płód/norodek leczony krwią	☐ NIE ☐ TAK
Inne istotne informacje	
Oświadczenia:	
☐ Zobowiązuję się do pokrycia kosztów badania zgodnie z obowiązującym cennikiem (całkowity koszt jest sumą procedur niezbędnych do wydania wyniku i będzie znany po wykonaniu badania). ☐ Wyrażam zgodę na pobranie materiału do badań. ☐ Przyjmuję do wiadomości, że Pracownia Konsultacyjna wydaje wyniki badań wyłącznie w wersji papierowej ☐ Zapoznałam/em się z informacjami i wyrażam zgodę na przetwarzanie przez RCKiK w Katowicach moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do wykonania zlecenia, zgodnie z art.9 ust.2 lit.a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016)	

.....
Data i czytelny podpis osoby zlecającej / opiekuna prawnego

Telefon kontaktowy:

Adres email:

.....
(DRUKOWANYMI LITERAMI)

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach		
Nr wersji: 01	SOP-DIT-PK-PR-01	Strona 2 z 2
Załącznik nr: 6	Wersja zał. nr: 02	Data: 03.09.2025

Wypełnia pracownik Sekcji Rejestracji/TO RCKiK

Podmiot kierujący na badanie znajduje się w wykazie zawartych umów ☐ TAK ☐ NIE

.....
Podpis osoby przyjmującej zlecenie

Wypełnia osoba pobierająca próbki krwi

Data i godzina pobrania próbki/próbek: (1) (2)

Podpis osoby pobierającej (1) (2)