

(A)

(4)

**KSIĄŻKA
TRANSFUZYJNA**

Nazwa podmiotu, adres, telefon
kod identyfikacyjny (kod resortowy)
stanowiący i część systemu resortowych
kodów identyfikacyjnych

KSIĄŻKA TRANSFUZYJNA

Nazwa jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu
resortowych kodów identyfikacyjnych (w przypadku zakładu opieki zdrowotnej)

Nazwa komórki organizacyjnej w której udzielano świadczeń zdrowotnych
oraz jej kod resortowy (w przypadku zakładu opieki zdrowotnej)

Numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską (w przypadku indywidualnej
praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej)

Numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę pielęgniarów i położnych
(w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarów, położnych, indywidualnej specjalistycznej
praktyki pielęgniarów, położnych i grupowej praktyki pielęgniarów, położnych)

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 16 października 2017 r. (poz. 2051)

Załącznik nr 1

WZÓR

KSIĄŻKA TRANSFUZYJNA

(w poziomym układzie strony)

Strona 1

Lp.	Nazwa składnika krwi	Numer donacji	Miejsce wytworzenia	Termin ważności składnika krwi	Data i godzina otrzymania składnika krwi	Dawca ABO RHD	Biortca ABO RHD	Nazwisko, imię biorcy	Numer PESEL biorcy lub data urodzenia, w przypadku braku nr PESEL, jeżeli pacjent NN – nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Strona 2

Numer historii choroby	Numery wyników grupy krwi biorcy*/ Numer wyniku próby zgodności**	Nazwisko i imię lekarza zlecającego przetoczenie	Data i godzina rozpoczęcia przetaczania składnika krwi	Data i godzina zakończenia przetaczania składnika krwi	Nazwisko i imię osoby wykonującej przetoczenie	Przetoczona objętość	Ocena przebiegu przetoczenia (uwagi o możliwych niepożądanym reakcjach i zdarzeniach)	Oznaczenie*** lekarza odpowiedzialnego za przebieg przetoczenia oraz jego podpis
11	12	13	14	15	16	17	18	19

* W przypadku przetoczenia osocza, KKP i krioprecypitatu – numer badania wyniku grupy krwi biorcy, na podstawie której oceniono zgodność serologiczną z dawcą.

** W przypadku przetoczenia KKCz, KPK i KG – numer badania wyniku próby zgodności.

*** Oznaczenie 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.