



Kanın Alındığı Kurum:

Hastanın Adı Soyadı:

Hasta Protokol No.:

Kanın Alındığı Tarih/Saat:

Alındı [ ]

Alınmadı(açıklayınız) [ ]

En az 2 Tüp Kan Numunesi:

Kanı Alan Kişinin Adı-Soyadı:

İmza:

**TIBBİ LABORATUVARA TRANSFER BİLGİLERİ**

Numune Transferi Yapan

Adı-Soyadı:

Sicil No:

İmzası:

**Numune Kabul Biriminde Numuneyi Teslim Alan**

Adı-Soyadı:

Sicil No:

İmzası:

\*Aşağıda yer alan bilgiler numune Adli Tıp Kurumuna gönderileceği zaman doldurulur.

**KANI TESLİM ALAN GÜVENLİK GÖREVLİSİ:**

Adı-Soyadı (Tercihen):

Sicil No(Zorunlu):

İmzası

Görevli Olduğu Karakol: