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