Lp.	Nazwa składnika krwi	Numer donacji	Miejsce wytworzenia	Termin ważności składnika krwi	Data i godzina otrzymania składnika krwi	Dawca ABO RhD	Biorca 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
								.....	
								.....	
								.....	
								.....	
								.....	
								.....	
								.....	
								.....	
								.....	